DER HERZINFARKT
ALS KRITISCHES LEBENSEREIGNIS -
EIN KULTURELLER VERGLEICH

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der
Philosophischen Fakultät
der
Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu
BONN

vorgelegt von

PETER MARTIN

aus

BOCHUM

1985

BONN 1986

DER HERZINFARKT
ALS KRITISCHES LEBENSEREIGNIS - EIN KULTURELLER VERGLEICH

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der
Philosophischen Fakultät
der
Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu
BONN

vorgelegt von

PETER MARTIN

aus

BOCHUM

BONN 1986

Aus dem Psychologischen Institut
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universät Bonn

Referent: Prof. Dr. U. Lehr

Koreferent: Prof. Dr. Dr. h.c. H. Thomae

Tag der mündlichen Prüfung: 11. Dez. 1985

Druck: Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Inhalt

0 Vorwort 7

I. Theoretischer Teil 10

1. Einführung 11

1.1. Definitionsbestimmung 14

1.2. Epidemiologie und Entwicklungspsychologie 18

2. Modelle der Lebensereignisforschung 20

2.1. Hypothesen zur Lebensereignisforschung 21

2.2. Das Modell von Rahe 24

2.3. Das Modell von Hultsch & Plemons 26

2.4. Filipps Lebensereignismodell 28

2.5. Andere Modelle 31

3. Der Prozeß von Lebensereignissen 33

3.1. Personenmerkmale 34

3.2. Der Kontext von Lebensereignissen 36

3.3. Die kognitive Repräsentanz von Lebensereignissen 36

3.4. Daseinstechniken 41

4. Methoden der Lebensereignisforschung 46

4.1. Identifizierung von Lebensereignissen 47

4.1.1. Meßinstrumente in der Lebensereignisforschung 47

4.1.1.1. Schedule of Recent Experiences 48

4.1.1.2. PERI-Life-Events Scale 50

4.1.1.3. Life Event Schedule 51

4.1.1.4. Andere Lebensereignislisten 53

4.1.1.5. Die Lebenslinie 54

4.1.2. Meßprobleme 54

4.2. Analyse der Effekte 56

5. Der Herzinfarkt als kritisches Lebensereignis 62

6. Fragestellung 73

II. Empirischer Teil 76

1. Verfahren 77

1.1. PERI-Life Events Scale 77

1.2. Der Persönlichkeitstest 16 PF 77

1.3. Exploration 79

1.4. Life-graph 87

2. Teilnehmer 88

3. Durchführung der Untersuchung 92

4. Ergebnisse 93

4.1. Herzinfarkt und Lebensereignisse 94

4.1.1. Die deutsche Stichprobe 94

4.1.2. Die amerikanische Stichprobe 96

4.1.3. Der kulturelle Vergleich 98

4.2. Die Herzinfarktpersönlichkeit 100

4.2.1. Die deutsche Stichprobe 100

4.2.2. Die amerikanische Stichprobe 104

4.2.3. Der kulturelle Vergleich 109

4.3. Die kognitive Repräsentanz 111

4.3.1. Die deutsche Stichprobe 111

4.3.2. Die amerikanische Stichprobe 114

4.3.3. Der kulturelle Vergleich 117

4.3.4. Faktorenanalyse der kognitiven Repräsentanz 118

4.4. Daseinstechniken 121

4.4.1. Die deutsche Stichprobe 121

4.4.2. Die amerikanische Stichprobe 126

4.4.3. Der kulturelle Vergleich 131

4.5. Die Beziehung zwischen Persönlichkeitsfaktoren und Daseinstechniken 132

4.5.1. Explorative Faktorenanalyse 134

4.5.2. Konfirmatorische Faktorenanalyse 136

4.5.3. Das LISREL-Modell der Persönlichkeitsfaktoren und Daseinstechniken 138

5. Diskussion der Ergebnisse 141

5.1. Herzinfarkt und Lebensereignisse 142

5.2. Die Herzinfarktpersönlichkeit 152

5.3. Die kognitive Repräsentanz 159

5.4. Daseinstechniken 166

6. Zusammenfassung 173

7. Ein allgemeiner Interventionsversuch 175

Literatur 187

Anhang 195

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546507_0003

Wie viele anderen Arbeiten, hat dieses Werk seine eigene geschichtliche Entwicklung. Angefangen hat alles mit einem kurzen Aufsatz, in dem beschrieben war, es sei doch das Beste für den Herzinfarktpatienten, Verleugnungsstrategien zu benutzen, um mit der gegebenen Situation fertig zu werden. Dem jungen, eifrigen Diplomanden war dies ein wenig zu einfach: den Herzinfarkt einfach "zu vergessen," ihn zu leugnen, schien der eigenen Vorstellung von optimaler Auseinandersetzung mit kritischen Situationen nicht gerecht zu sein. Also blieb nichts anderes übrig, als herausfinden, was es mit dieser Angelegenheit auf sich hatte.

Nach diesem Einstieg in die Herzinfarktproblematik nahm alles weitere seinen eigenen Lauf: ein vermehrtes Interesse an der Herzinfarkpersönlichkeit, die "kognitive Repräsentanz," das heißt, die subjektive Sicht der eigenen Situation, der Zusammenhang zwischen Lebensereignissen und Herzinfarkt.

Das Interesse an dieser Arbeit wurde auch besonders durch die rege Anteilnahme der Herzinfarktpatienten bestärkt. Jeder Teilnehmer an dieser Studie hatte seine eigene, persönliche Geschichte zu erzählen und mitunter wurden die Begegnungen mit diesen Untersuchungsteilnehmern zu emotionellen Erlebnissen.

Schließlich wurde die Arbeit noch dadurch bereichert, daß die Datensammlung in zwei Ländern stattfinden konnte: in den USA und in Deutschland. Ein kultureller Vergleich erschien vor allem der Problematik wegen angebracht: der amerikanische Lebensstil, oft als "American way of life" beschrieben, inwieweit mag er zu Krankheitsbildern, wie dem Herzinfarkt beitragen, und welche

deutsche Lebensart läßt sich aus Daseinssituationen herausschälen? Die lebhafte Diskussion um den Typ-A Verhaltensstil, auf den ja auch in dieser Arbeit eingegangen werden wird, stellt den Ankerpunkt einer solchen Diskussion. Über allem steht jedoch die psychologische Perspektive, die sich ja gerade mit dem Lebensstil, den Stärken und Schwächen einer Auseinandersetzung mit menschlichen Belastungssituationen beschäftigt. In diesem Sinne ist der Herzinfarkt selbst ein psychologisches Problem, doch interessiert darüber hinaus, welche psychologischen Variablen schon vor dem Herzinfarkt eine Rolle spielten.

Neben der eigenen Motivation, diese Arbeit fertigzustellen, haben noch viele Gründe dazu geführt, zufrieden auf den Stapel Papier zu schauen. Zunächst die Mithilfe aller beteiligten Patienten, das heißt, die Unterstützung aus der Eifelhöhenklinik, einer Rehabilitätsgruppe in St. Augustin und einer Kontrollgruppe aus der Kurklinik Bad Honnef. Auf der amerikanischen Seite waren zunächst die Patienten des Good Samerithian Hospital in Lebanon, Pennsylvania zu nennen und besonders die Mithilfe von Mrs. Schafer und Dr. Nielsen, die bei der Planung und Durchfuhrung der Untersuchung mit sehr viel organisatorischem Talent behilflich gewesen sind. Die Durchführung der Untersuchung ist außerdem durch Forschungsgelder der Pennsylvania State University möglich gewesen.

Drei Einzelpersonen verdienen besonderen Dank. Professor Hultsch hat mir bei der amerikanischen Studie wertvolle Hinweise bei der Übertragung der deutschen Studie auf eine amerikanische

Stichprobe gegeben. Sein rigoroser methodischer Ansatz war mir Hilfe und Ansporn zugleich, wenn es darum ging, meinen phänomenologischen Hintergrund zu verteidigen. Professor Lehr, auf der deutschen Seite, hat diese Arbeit überhaupt erst ermöglicht. Ein einführendes Seminar an der Universität Bonn mit dem Titel "Lebensereignisforschung" gab den Leseanstoß für Studien wie die eingangs erwähnte. Dr. Lehrs Ratschläge, vor allem im ersten Teil der Untersuchung, waren von unersetzlichem Wert. Die Betreuung meiner Arbeit selbst auf große Distanz und der Ansporn, neben vielen anderen Aufgaben auch diese Arbeit fristgemäß fertigzutellen, haben in der Tat immer wieder neue Energie aufgebracht, wo es sonst anzuzweifeln gewesen wäre, diese Studie im angemessenen Zeitraum fertigstellen zu können. Schließlich geht mein Dank noch an Beth Martin, die mein Vorhaben in allen Phasen beobachtet, gestützt, kritisiert, verteidigt und angetrieben hat.

I. Theoretischer Teil

1 Einführung

Nach der Veröffentlichung von Holmes und Rahe's "Social Readjustment Rating Scale" (Holmes & Rahe, 1967) setzte ein fast euphorischer Ansturm auf die Lebensereignisforschung ein. Eine Plethora von Korrelationsstudien war die Folge, wobei die Anhäufung von Lebensereignissen in Beziehung zu Gesundheitsveränderungen gesetzt wurde. Diese Art von Studien mußte natürlich zu einem Theoriedefizit führen (Katschnig, 1980). In der Mitte der Siebziger Jahre machten sich dann Entwicklungspsychologen an das Werk, den Schwerpunkt nicht auf Gesundheitsschäden, sondern auf Entwicklungsverläufe ganz allgemein zu legen. Dementsprechend wurden Entwicklungsmodelle der Lebensereignisforschung erarbeitet, die den konzeptuellen Rahmen einer Psychologie der Ereignisforschung verdeutlichen sollten.

Innerhalb der Lebensereignisforschung wurde der Schwerpunkt auf das Erwachsenenalter gelegt. Zum einen war dies ein willkommender Rettungsring für eine Minderzahl von Psychologen, die sich für diesen spezifischen Altersausschnitt der Lebensspanne interessierten, zum anderen stellte sich schnell heraus, daß mit einer verfeinerten Kindermedizin eine ganze Reihe von Gesundheitsbeeinträchtigungen dem Erwachsenenalter vorbehalten blieben und sogenannte Entwicklungsaufgaben (Havighurst, 1972) ebenfalls vermehrt im Erwachsenenalter vorkamen (Scheidung, Eintritt ins Berufsleben, Heirat, arbeitsbezogene Lebensereignisse und soziale Veränderungen).

Aus diesen Gründen ist in den letzten Jahren innerhalb der Entwicklungspsychologie das Aufgabengebiet der

Lebensereignisforschung entstanden, das Lebensereignisse in Beziehung zu menschlichem Erleben und Verhalten setzt. Die Grundannahmen der Lebensereignisforschung lassen sich nach Siegrist (1980) wie folgt zusammenfassen:

"1. Ereignisse, welche die normale Lebensroutine unterbrechen, erfordern eine erhöhte Anpassungsleistung des dadurch betroffenen Menschen.

2. Dies gilt nicht für alle Ereignisse gleichermaßen, sondern in erster Linie für solche, die als unerwünscht, unerwartet, unbeinflußbar und/oder mit negativen Folgen behaftet erfahren werden.

3. Der Eintritt bestimmter Arten von Lebensereignissen - etwa Trennungserfahrungen, Statusbedrohungen - kann ebenso wie die Anhäufung verschiedener Ereignisse in einer kurzen Zeitspanne für das Individuum so belastend werden, daß die normalen Bewältigungsmöglichkeiten nicht mehr ausreichen.

4. Emotionale Spannungszustände, exzessive neurohormonelle und pathophysiologische Reaktionen treten daher als Folgezustände gehäuft auf. Sie führen dann, wenn bereits disponierende Risikofaktoren für die Entwicklung organischer oder psychischer Erkrankungen gegeben sind, mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zum nachfolgenden Ausbruch der Krankheit" (Siegrist, 1980, S. 313).

Die zunächst unbewiesene Beobachtung, daß bei den unterschiedlichsten Krankheiten eine Anhäufung von Lebensereignissen zu verzeichnen ist, wurde in den Arbeitsgruppen um Holmes, Rahe und Gunderson (Gunderson & Rahe, 1974) und den Dohrenwends (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974) durch empirische Arbeiten unterstützt. Die West-Virginia Konferenzen, die sich hauptsächlich mit entwicklungspsychologichen Fragen der Lebensspanne beschäftigen, haben dann später die Lebensereignisforschung zum Gegenstand dreier Forschungskonferenzen gemacht (normative life events, non-normative life events und historical life events). Bei vielen der Arbeiten in diesen

Sammelwerken wurde implizit vorausgesetzt, daß die Kapazität des Menschen zu einer jeweils geforderten Neuanpassung an veränderte Lebensumstände und die Fähigkeit, bestimmte Belastungen zu verarbeiten, nur begrenzt sei. Tritt innerhalb eines bestimmten Zeitraumes eine Anhäufung von kritischen Lebensereignissen auf, bräche der menschliche Organismus zusammen (Filipp, 1981).

Bei diesem Konzept ist die Orientierung am Homöostasemodell (Cannon, 1932) auf der einen Seite und am Streßmodell (Selye, 1956) auf der anderen Seite unverkennbar. So wird die Lebensereignisforschung auch bewußt immer wieder in Zusammenhang mit der Streßforschung genannt (Lazarus, 1981), und an vielen Stellen wird von "streßreichen Lebensereignissen" gesprochen. Kritische Lebensereignisse werden als Stressoren gesehen, mit denen Individuen sich auseinanderzusetzen haben.

Die entsprechenden Lebensereignisse sind aber auch eingebettet in die jeweilige Lebenssituation einer Person, und entsprechend stellt sich ein Zusammenhang zum Situationismus und Interaktionismus heraus (Lantermann, 1980).

Weiterhin fordern kritische Lebensereignisse den Menschen auch zur Neuanpassung des Verhaltens und Denkens heraus und erfordern somit sozialisationstheoretische Ansätze. Die Unterschiede der Neuanpassung drücken sich dabei in der Verschiedenartigkeit der Persönlichkeiten aus (Coelho, Hamburg, & Adams, 1974).

Bei der Berücksichtigung von Ereignissen vor einem Krankheitsausbruch wird in der Regel nur ein recht kurzer vorheriger Zeitraum untersucht und außer Acht gelassen, in

welchem lebensgeschichtlichen Zusammenhang die Anhäufung von Lebensereignissen eingetreten ist. Es wird daher zunehmend gefordert, Lebensereignisse über die gesamte Lebensspanne hinweg zu betrachten (Baltes, Reese, & Lipsitt, 1980; Hultsch & Plemons, 1979).

Kritische Lebensereignisse wurden in Beziehung zu vielen Krankheiten gebracht. Im ersten Teil der Tabelle 1 finden sich Forschungssbeispiele, die eine Anhäufung von Lebensereignissen zu allgemeinen Erkrankungen, speziellen physischen Krankheiten und bestimmten psychischen Erkrankungen in Beziehung setzen. Im zweiten Teil der Tabelle 1 finden sich dann Beispiele, die in Beziehung zu positiv und negativ erlebten Entwicklungsaufgaben stehen.

Im weiteren Teil der Einführung dieser Arbeit soll der Versuch einer Definitionsbestimmung unternommen und das Theoriedefizit der Lebensereignisforschung kurz weiter erläutert werden.

1.1 Definitionsbestimmung

Im amerikanischen Raum werden Lebensereignisse im allgmeinen als "noteworthy occurrences" (Hultsch & Plemons, 1979), "peak experiences" (Maslow, 1971), "intensive human experiences" (Lynch, 1968) oder "spirited experiences" (Jourard, 1964) aufgefaßt. Die meisten dieser Begriffsauffassungen unterstreichen, daß Lebensereignisse streßhaft, kritisch oder zumindest signifikant sind. Holmes & Rahe (1967), zum Beispiel,

Tabelle 1

Lebensereignisstudien in Bezug zu

Gesundheits- und Entwicklungsveränderungen

Gesundheit	
Allgemeine Gesundheit	Garrity, Marx, Martin, & Somes, 1978 Hinkle, 1974 Holmes & Masuda, 1974
Krebs	Greer, & Morris, 1975 Grissom, J. J., Weiner, B.J., & Weiner, E. A., 1975
Diabetes	Grant, Kyle, Teichman, & Mendels, 1974 Hong & Holmes, 1973
Herzinfarkt	Glass, 1977 Rahe & Romo, 1974
Depression	Brown, Harris, & Copeland, 1977 Paykel, 1976
Schizophrenie	Beck, 1978 Jacobs & Myers, 1976
Alkoholismus/Drogen	Duncan, 1977 Hoffman & Noem, 1975
Entwicklungsveränderungen	
Schulanfang	Kellam & Schiff, 1967 Kellam, Branch, Agrawal, & Ensminger, 1975
Heirat	Bloom, Asher, & White, 1978 Sheldon & Hooper, 1969
Elternschaft	Gutmann, 1975 Harkins, 1978
Verwitwung	Lopata, 1975 Clayton, 1974
Arbeitslosigkeit/ Pensionierung	Kasl, Gore, & Cobb, 1975 Manuso, 1977
Scheidung	Briscoe, Smith, Robins, Marten, & Gaskin, 1973 Hagestad, Smyer, & Stierman, 1983

definieren streßreiche Lebensereignisse als solche, "whose advent is either indicative or requires significant change in the ongoing life pattern of the individual" (S. 217).

Sogesehen scheinen Lebensereignisse immer mit einer Veränderung im Leben eines Individuums zu tun zu haben; man kann jedoch anzweifeln, daß Veränderung die einzige Komponente von Lebensereignisse ist. Es läßt sich vorstellen, daß Lebensereignisse auch unter Ausschluß von einschneidenden Veränderungen vorkommen können. So kann man vermuten, daß in jedem Lebensereignis zumindest eine Gefühlskomponente vorhanden ist, die beim Auftreten solcher Erlebnisse hervorgebracht wird. Diese Gefühlslage muß die Situation eines Menschen nicht unbedingt ändern, kann ein Individuum jedoch grundsätzlich auch ohne eine Verhaltensänderung beeinflussen. Die emotionale Situation nach der Erfahrung von Lebensereignissen ist für den Psychologen von besonderer Bedeutung.

Lebensereignisse werden daher aufgefaßt als Erlebnisse, die in vielen Fällen eine Veränderung im Leben des Menschen hervorrufen (Filipp, 1981) oder zumindest die Gefühlslage eines Menschen beeinträchtigen. Diese Erlebnisse sind in der Regel in einen Kontext gebettet, der sich sowohl auf den Ereignisraum, als auch den Zeitraum eines Individuums bezieht und das Individuum entweder direkt (zum Beispiel Veränderungen im Gesundheitszustand) oder indirekt betreffen (zum Beispiel, Tod eines nahen Verwandten oder die wirtschaftlich-gesellschaftliche Situation). Lebensereignisse sind keine abrupten Veränderungen, sondern zeigen ihre eigene Entwicklungsgeschichte.

Kritische Lebensereignisse sind außerdem von Phasen relativen Ungleichgewichts bestimmt, obwohl nicht nur persönliche, oft negative getönte "Katastrophen" gemeint sind (Hudgens, 1974), sondern auch positive Erlebnisse (wie die Heirat).

Es ist das Ziel einer entwicklungspsychologisch ausgerichteten Lebensereignisforschung herauszufinden, (1) welches Lebensereignis (2) unter welchen Kontextbedingungen (3) für welches Individuum (4) in welchem Alter (5) welchen Effekt auf intraindividuelle Veränderungen im Verhalten, Denken und Fühlen eines Menschen besitzt. Der Zeitpunkt, zu dem ein Lebensereignis auftritt ist von entscheidender Bedeutung für den Entwicklungspsychologen und oft wichtiger als die Tatsache, ob ein Ereignis eintrifft oder nicht (Hultsch & Plemons, 1979).

Lebensereignisse sind oft als "Meilensteine" im Leben von Individuen aufgefaßt worden, Höhepunkte im Leben eines Menschen. Diese Art der Definitionsbestimmung, obwohl intuitiv einleuchtend, vernachlässigt jedoch den Prozeßaspekt von kritischen Ereignissen. Eine Scheidung oder die Pensionierung nach langjähriger Arbeit geschehen nicht über Nacht, sondern vollziehen sich oft in einem jahrelangen Prozeß. In diesem Sinne wird das Auftreten von Lebensereignissen mitbestimmt von vorhergehenden Variablen, Merkmalen, die zur gleichen Zeit auftreten und von Variablen, die nach dem eigentlichen Auftreten von diesen Ereignissen eine Rolle spielen. Auf diese Aspekte des Lebensereignisprozesses wird in Kapital 3 ausführlicher eingegangen werden.

1.2 Epidemiologie und Entwicklungspsychologie

Das am Anfang dieser Arbeit angeführte Theoriedefizit in der Lebensereignisforschung hattte seinen Ursprung in der epidemiologischen Basis von Lebensereignisuntersuchungen. Wie Katschnig (1980) verdeutlichte, hat sich die meiste Arbeit in diesem Forschungsgebiet auf den Nachweis eines statistischen Zusammenhangs beschränkt. Katschnig glaubt, daß die Theorielosigkeit bewußt gewollt war, um "wilde Spekulationen" zu vermeiden. Behavioristisch orientierte Forscher waren lediglich daran interessiert, Zusammenhänge zwischen Ereignissen (dem "Stimulus") und Gesundheitsveränderungen (dem "Response") herzustellen, ohne irgendwelche Annahmen über intraindividuelle Vorgänge zu machen, so wie es in anderen Streßforschungen vorher unternommen worden war, zum Beispiel, bei der Angstforschung (Basowitz, 1955) oder der Frustrationsforschung (Janis, 1969). In diesem Sinne entstand die Lebensereignisforschung in der verhaltenspsychologischen Tradition mit der Annahme, jegliche "black-box" Variablen zurückzuweisen.

Diejenigen Untersuchungen, die theoretische Vergleiche ziehen, sind bisher recht oberflächlich geblieben. In den meisten Fällen ist nicht wirklich deutlich, was überhaupt gemessen wird. Holmes & Rahe (1967) sprechen von "Wiederanpassung," Paykel et al. (1971) von "upsettings" und Brown (1974) spricht von "Bedrohungen." Obwohl all diese Autoren diese Begriffe regelmäßig benutzen, bieten sie doch keine eingehenden Definitionen an. Erst die Erarbeitung von Lebensereignismodellen hat einen klareren Zusammenhang von Theorie und Praxis herausgestellt. Im folgenden

Kapitel sollen daher die wesentlichen Modelle der Lebensereignisforschung vorgestellt werden.

2. Modelle der Lebensereignisforschung

Erst in den letzten Jahren hat sich ein gewisses Interesse an der Modellbildung innerhalb der Lebensereigisforschung kristallisiert. Dieses Interesse ging vor allem mit der notwenigen Suche nach Kausalbeziehungen Hand in Hand, anhand derer eine verfeinerte Darstellung des Prozesses von Lebensereignissen unternommen werden konnte. Nicht alle Modelle der Lebensereignisforschung können hier im einzelnen aufgezählt werden. Die Darstellung von Modellen beschränkt sich daher auf die von Dohrenwend & Dohrenwend aufgestellten Hypothesen zur Lebensereignisforschung und auf Lebensereignismodelle von Rahe, Hultsch & Plemons und Fillip. Schließlich werden noch kurz alternative Modelle zusammenfassend diskutiert.

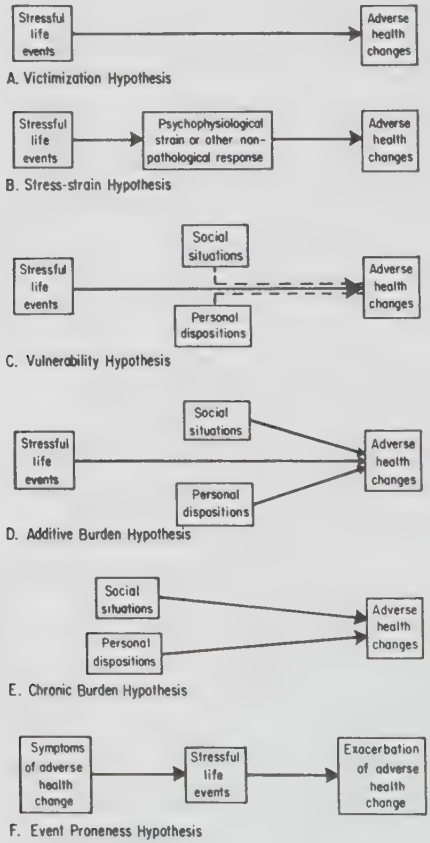
2.1 Hypothesen zur Lebensereignisforschung

Auf der Basis einer Vielzahl empirischer Untersuchungen haben Dohrenwend & Dohrenwend (1981) verschiedene Hypothesen zur Lebensereignisforschung aufgestellt (Abb. 1). Die erste Hypothese (Abb. 1a) besagt, daß ein Auftreten streßhafter Lebensereignisse in einem relative kurzen Zeitraum Änderungen im Gesundheitszustand bewirken kann. Dieses Modell wird vor allem in extremen Situationen (wie im Kriegszustand oder Konzentrationslager) zur Erklärung von Gesundheitsveränderungen herangezogen. Aber auch im zivilen Leben beschreibt es den Einfluß von Ereignissen in Beziehung zu physischen Erkrankungen oder Verletzungen, so auch den Verlust sozialer Unterstützung oder einen Umzug in andere Lebensräume, über die eine Person keine Kontrolle hat (Dohrenwend & Martin 1979). Es dient außerdem

Abbildung 1

Überblickshypothesen der Lebensereignisforschung

nach Dohrenwend & Dohrenwend (1981, S. 20)



als Modell für die frühen Arbeiten von Holmes und Rahe. Da die betreffende Person ohne eigenes Zutun Opfer von Ereignissen wird, nennen Dohrenwend & Dohrenwend es die "Opfer-Hypothese" (victimization).

Die nächste Hypothese (Abb. 1b) zeigt, daß psychophysiologische Belastungen den Einfluß von Lebensereignissen mitbestimmen. So benutzen Garrity, Marx, & Somes (1977) neben einer Lebensereignisliste die Langner Syptomskala (Langner, 1962), mit der psychophysiologische Belastung gemessen wird. Sie fanden, daß bei geringen Werten auf der Langner-Skala die Korrelation zwischen Lebensereignissen und Krankheitswerten abnahm.

In diese zweite Hypothese läßt sich auch Friedman & Rosenmanns Annahme (1974) integrieren, daß bestimmte Lebensereignisse durch ein Persönlichkeitsbild ("Typ A") gekennzeichnet sind, welches dann als Risikofaktor für koronare Herzerkrankungen gilt. In seiner allgemeinen Form wurde dieses Modell der psychophysischen Streßbelastung von Langner & Michael (1963) formuliert.

Die dritte Hypothese (Abb. 1c) besagt, daß streßreiche Lebensereignisse erst in ihrer Beziehung zu persönlichen Dispositionen und sozialen Bedingungen eine "Verwundbarkeit" für bestimmte Gesundheitsbeeinträchtigungen aufbauen können. Rahe (1974) vertritt diesen Standpunkt; aber auch Zubin & Sring (1977) und Brown & Harris (1978) gebrauchen dieses Modell zur Erklärung der Vulnerabilität bei der Etiologie von Depressionen und Schizophrenien.

Die vierte Hypothese (Abb. 1d) verdeutlicht, daß persönliche Dispositionen und soziale Bedingungen den Einfluß von streßreichen Ereignissen zusätzlich belasten. Sie addieren sich gewissermaßen zu einer Last ("additive burden"). Die empirische Stützung dieser Hypothese findet sich bei Andrews, Tennant, Hewson, & Vaillant (1978) und Tennant & Bebbington (1978); das Modell könnte aber auch auf Browns Ergebnisse zutreffen.

In der fünften Hypothese (Abb. 1e) finden wir eine weitere Modifikation der oben schon erwähnten dritten Hypothese. Persönlichkeitseigenschaften und soziale Bedinungen beeinflussen nicht nur, sie verursachen Änderungen des Gesundheitszustandes. Gersten, Langner, Eisenberg, & Simcha-Fagan (1977) vertreten diese Hypothese, müssen sich aber heftiger Kritik entgegenstellen (Link, 1978).

Die sechste Hypothese (Abb. 1f) stellt schließlich die Richtung der Kausalbeziehung zwischen Lebensereignissen und Gesundheitszustand zur Diskussion. Das Vorhandensein einer Krankheit kann demnach zu bestimmten streßreichen Ereignissen führen, die dann ihrerseits zu einer weiteren Verschlechterung führen können. Fontana, Marcus, Noel, & Rakusin (1972) unterstützen diese Hypothese durch ihre Studie an psychiatrischen Patienten; bei Neurosen konnte dieses Konzept nicht nachgewiesen werden (Tennant & Andrews, 1978).

2.2 Das Modell von Rahe & Arthur

Rahe & Arthur (1978) entwickelten ein eher physikalisches Modell der Lebensveränderungen (Abb. 2), das den Prozeß von

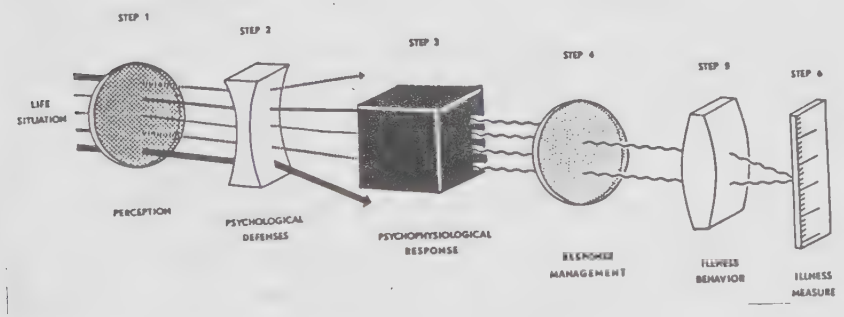
Lebensveränderungen bis zum Krankheitsausbruch verdeutlichen soll.

Die einzelnen Lebensveränderungen sind dabei durch verschieden dichte Strahlen gekennzeichnet: dunkle Linien stellen sehr wichtige Lebensereignisse dar, während dünne Linien nicht so wichtige Lebensereignisse repräsentieren. Die individuelle Wahrnehmung "filtert" diese Ereignisse (Schritt 1), und je nach der persönlichen Art der Auseinandersetzung verstärken oder verdünnen sich die Linien hinter dem Filter.

Abbildung 2

Modell zur Erklärung der Beziehung zwischen Lebensereignissen und Veränderungen

(nach Rahe & Arthur, 1978, S. 7)



In Schritt 2 selektieren dann Abwehrmechanismen ("ego defenses") die bisherigen Erfahrungen, indem sie den Einfluß der

Lebensereignisse "wegzudrücken suchen." Physiologische Reaktionen werden im Schritt 3 des Prozesses, der "black box" dargestellt. Die Wellenlinien kennzeichnen verschiedenartige psychophyisologische Reaktionen auf die nicht abgewehrten lebensverändernden Ereignisse.

Der nächste Filter ("color Filter") in Stufe 4 kennzeichnet die Art der Auseinandersetzung (Bewältigung) mit diesen psychophysiologischen Reaktionen. Wenn eine Person körperliche Symptome wahrnimmt, dann erreicht sie Schritt 5 und nach der ärztlichen Diagnose kann das Ausmaß der Krankheit oder Veränderung "abgebildet" werden (Schritt 6).

Rahes Versuch einer Modelldarstellung hat nur wenig zur genaueren Darstellung des eigentlichen Prozesses vom Erleben kritischer Lebensereignisse beigetragen, "filtert" es doch die genaueren Beschreibungsmerkmale subjektiven Erlebens, physiologischer Reaktionen und der Bewältigungstechniken heraus; sein Modell beschreibt lediglich noch das rudimentäre Gerüst eines in Wirklichkeit komplexeren Prozesses.

2.3. Das Modell von Hultsch & Plemons

Hultsch & Plemons (1979) haben ein Modell vorgestellt, das Lebensereignisse in einen zeitlichen Rahmen zu bringen versucht. Dabei wird sowohl auf vorausgehende Variablen, auf den Prozeß während und nach dem Eintreffen von Lebensereignissen, sowie auf die nachfolgenden Konsequenzen eingegangen (Abb. 3).

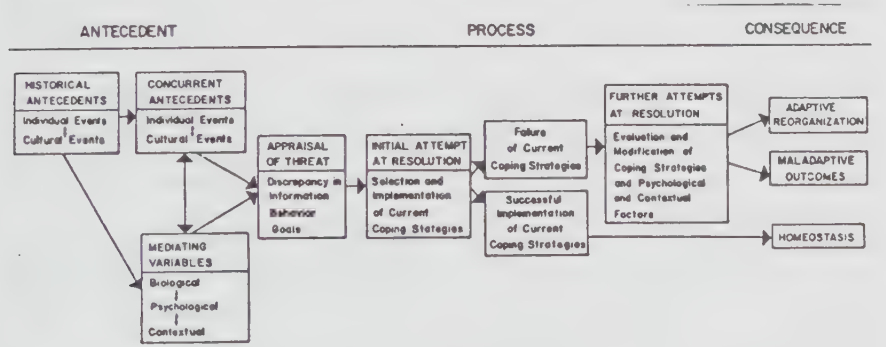
Die antezedenten Faktoren werden in zeitlich vorherliegende ("historical") oder gleichlaufende ("concurrent") Voraussetzungen unterteilt. Dabei kann es sich entweder um persönliche Erlebnisse (Heirat, Kindheit, usw.) oder um historische Ereignisse handeln.

Die einzelnen Ereignisse sind abhängig von feststehenden Variablen, die sowohl psychologische (kognitive Faktoren, Sozialisation, Einstellungen), biologische als auch Kontextmerkmale (interpersonale Beziehungen, sozialer Status, Einkommen) sein können.

Abbildung 3

Erklärungsmodell des Lebensereignisprozesses

(nach Hultsch & Plemons, 1979, S. 16)



Sobald ein Ereingis eintritt, nimmt die betroffene Person das Ausmaß der Bedrohung wahr; je mehr die Situation als bedrohend beurteilt wird, desto ausgeprägter zeigt sich der Streß. Nun müssen die "coping strategies"

(Bewältigungsmechanismen) ausgewählt und angewandt werden. Diese Bewältigungsmechanismen werden immer wieder auf ihre Wirksamkeit überprüft und führen bei Erfolg zum Gleichgewicht, bei Mißerfolg bildet sich eine modifizierte Bewältigungsform aus, oder die Folge sind schlechtangepaßte Ausgänge.

Hultsch & Plemons beschreiben den Prozeß der Lebensereignisforschung deutlicher als Rahe und bringen ihn vor allem in einen zeitlichen Bezug. Aspekte der kognitiven Repräsentanz (also des subjektiven Erlebens) kommen aber auch in ihrer Darstellung zu kurz.

2.3. Filipps Lebensereignismodell

Hultsch & Plemons' Lebensereignismodell stellte heraus, daß Lebensereignisse nicht nur als Einzelerlebnisse angesehen werden können, sondern einen Zusammenhang mit anderen Ereignissen aufweisen. Das Ereignis "Schwangerschaft," zum Beispiel, löst eine Reihe von anderen Ereignissen aus: die Geburt des Kindes, das Aufwachsen bis hin zum Verlassen des Kindes aus dem Elternhaus.

Ereignisse müssen also in ihrem Prozeßcharakter betrachtet werden; sie haben ihre eigene Entwicklungsgeschichte, können antizipiert sein und Konsequenzen haben: "Events do not occur in a vacuum; they occur in a rich life space of the individual, including competing demands from a variety of areas (e.g., work, family life, physical development) and people significant to the individual" (Danish, Smyer, & Nowak, 1980, S. 342).

Der Einfluß von Lebensereignissen muß somit in seiner zeitbezogenen und prozeßorientierten Gesamtheit gesehen werden: antezedente Variablen als Vergangenheitsaspekt, die subjektive Wahrnehmung als Gegenwartsprozeß und Formen der Auseinandersetzung mit aufgetretenen Ereignissen als Zukunftsaspekt (Lehr, 1980).

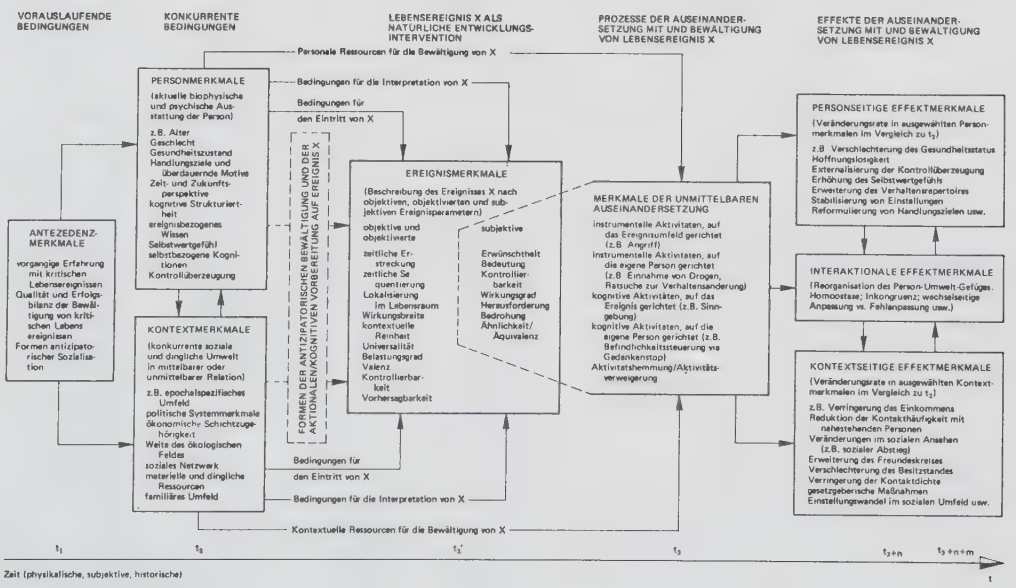
Filipp (1981) hat das wohl ausführlichste Modell für die Analyse von Lebensereignissen vorgestellt (Abb.4). Ihr Modell beschreibt Lebensereignisse in ihrem kontextuellen Zusammenhang und unterstreicht die Bedeutung des gesamten Prozesses eines Lebensereignisses. Filipps Modell kann durch die folgenden Analyseeinheiten beschrieben werden:

(1) Vorauslaufende Bedingungen als Merkmale der vorherigen Lebensgeschichte der Person, ihre Erfahrungen mit Lebensereignissen, die Art und Qualität ihrer Bewältigung, sowie Aspekte und Formen der antizipatorischen Sozialisation (Antezedenzmerkmale);

(2) Konkurrente Bedingungen in der Situation, als Merkmale der biophysischen und psychischen Ausstattung einer Person zu einem gegebenen Zeitpunkt, die dann wieder von Bedeutung für die Auseinandersetzung mit Lebensereignissen, sowie deren Situation sind (Personenmerkmale);

(3) Konkurrente Bedingungen in der Situation als Merkmale der dinglichen und sozialen Umwelt, in der die Person lebt und die auf verschiedenen Ebenen (Mikro- und Makrosystem, vgl. Bronfenbrenner, 1978) den Lebenskontext bestimmen (Kontextmerkmale);

(4) Lebensereignis X als die zum Zeitpunkt t2 sich konkretisierende und beobachtbare Zäsur in der Person-Umwelt Beziehung, also Merkmale von kritischen Lebensereignissen, die als objektive, objektivierbare und subjektive Ereignisparameter eingeführt und zur Beschreibung herangezogen werden können (Ereignismerkmale);


VORAUSLAUFENDE BEDINGUNGEN
KONKURRENTE BEDINGUNGEN
LEBENSEREIGNIS X ALS NATÜRLICHE ENTWICKLUNGS-INTERVENTION
PROZESSE DER AUSEINANDER-SETZUNG MIT UND BEWÄLTIGUNG VON LEBENSEREIGNIS X
EFFEKTE DER AUSEINANDER-SETZUNG MIT UND BEWÄLTIGUNG VON LEBENSEREIGNIS X
Personale Ressourcen für die Bewältigung von X
PERSONMERKMALE
(aktuelle biophysische und psychische Ausstattung der Person)
z.B. Alter
Geschlecht
Gesundheitszustand
Handlungsziele und überdauernde Motive
Zeit- und Zukunftsperspektive
kognitive Strukturiertheit
ereignisbezogenes Wissen
Selbstwertgefühl
selbstbezogene Kognitionen
Kontrollüberzeugung
Bedingungen für die Interpretation von X
Bedingungen für den Eintritt von X
ANTEZEDENZ-MERKMALE
vorgängige Erfahrung mit kritischen Lebensereignissen
Qualität und Erfolgsbilanz der Bewältigung von kritischen Lebens ereignissen
Formen antizipatorischer Sozialisation
KONTEXTMERKMALE
(konkurrente soziale und dingliche Umwelt in mittelbarer oder unmittelbarer Relation)
z.B. epochalspezifisches Umfeld
politische Systemmerkmale
ökonomische Schichtzugehörigkeit
Weite des ökologischen Feldes
soziales Netzwerk
materielle und dingliche Ressourcen
familiäres Umfeld
FORMEN DER ANTIZIPATORISCHEN BEWÄLTIGUNG UND DER AKTIONALEN/KOGNITIVEN VORBEREITUNG AUF EREIGNIS X
EREIGNISMERKMALE
(Beschreibung des Ereignisses X nach objektiven, objektivierten und subjektiven Ereignisparametern)
objektive und objektivierte
zeitliche Erstreckung
zeitliche Sequentierung
Lokalisierung im Lebensraum
Wirkungsbreite
kontextuelle Reinheit
Universalität
Belastungsgrad
Valenz
Kontrollierbarkeit
Vorhersagbarkeit
subjektive
Erwünschtheit
Bedeutung
Kontrollierbarkeit
Wirkungsgrad
Herausforderung
Bedrohung
Ähnlichkeit/Äquivalenz
MERKMALE DER UNMITTELBAREN AUSEINANDERSETZUNG
instrumentelle Aktivitäten, auf das Ereignisumfeld gerichtet (z.B. Angriff)
instrumentelle Aktivitäten, auf die eigene Person gerichtet (z.B. Einnahme von Drogen, Ratsuche zur Verhaltensänderung)
kognitive Aktivitäten, auf das Ereignis gerichtet (z.B. Sinngebung)
kognitive Aktivitäten, auf die eigene Person gerichtet (z.B. Befindlichkeitssteuerung via Gedankenstop)
Aktivitätshemmung/Aktivitätsverweigerung
Bedingungen für den Eintritt von X
Bedingungen für die Interpretation von X
Kontextuelle Ressourcen für die Bewältigung von X
PERSONSEITIGE EFFEKTMERKMALE
(Veränderungsrate in ausgewählten Personmerkmalen im Vergleich zu t_3)
z.B. Verschlechterung des Gesundheitsstatus
Hoffnungslosigkeit
Externalisierung der Kontrollüberzeugung
Erhöhung des Selbstwertgefühls
Erweiterung des Verhaltensrepertoires
Stabilisierung von Einstellungen
Reformulierung von Handlungszielen usw.
INTERAKTIONALE EFFEKTMERKMALE
(Reorganisation des Person-Umwelt-Gefüges: Homoostase; Inkongruenz; wechselseitige Anpassung vs. Fehlanpassung usw.)
KONTEXTSEITIGE EFFEKTMERKMALE
(Veränderungsrate in ausgewählten Kontextmerkmalen im Vergleich zu t_3)
z.B. Verringerung des Einkommens
Reduktion der Kontakthäufigkeit mit nahestehenden Personen
Veränderungen im sozialen Ansehen (z.B. sozialer Abstieg)
Erweiterung des Freundeskreises
Verschlechterung des Besitzstandes
Verringerung der Kontaktdichte
gesetzgeberische Maßnahmen
Einstellungswandel im sozialen Umfeld usw.
t_1
t_2
t_2'
t_3
t_{3+n}
t_{3+n+m}
t
Zeit (physikalische, subjektive, historische)

(5) Prozesse der Auseinandersetzung mit und Bewältigung von Ereignis X auf unterschiedlichen Ebenen des Verhaltens einer Person (Prozeßmerkmale);

(6) Effekte der Auseinandersetzung mit und Bewältigung von Lebensereignis X, die sich sowohl in der Lebenssituation als auch in der Person selbst ausdrücken können und in unterschiedlicher zeitlicher Distanz auftreten (Konsequenzmerkmale).

Das Modell von Filipp betont also sowohl vorausgehende Variablen, wie auch Bedingungen, die zum Zeitpunkt kritischer Ereignisse auftreten können. Ebenso werden Bewältigungsmechanismen von Lebensereignissen in das Modell miteinbezogen, sodaß Vergangenheits-, Gegenwarts- und Zukunftscharakter gleichermaßen reflektiert werden.

2.4. Andere Modelle

Burr (1973) arbeitete ein von Hill (1949) aufgestelltes Familienmodell im soziologischen Sinne zu einer deduktiven Theorie um. Zunächst identifizierte und definierte er sechs Konzepte der Ereignisforschung und stellte neun unterschiedliche Hypothesen auf, um Familienverhalten in Bezug zu streßhaften Situationen zu verstehen; dann stellte er weitere zwölf Variablen mit dreizehn Hypothesen auf, mit denen er Verhalten im Familienkontext in einen Bezug zu Familienkrisen setzte. Aus seinen Arbeiten entstanden dann Burrs zentrale Konzepte der Vulnerabilität und regenerativen Macht ("regenerative power") als hauptsächliche Zusatzkomponenten in Hills ursprünglichem Modell.

George (1982) versuchte soziologische und psychologische Faktoren in einem Modell der Anpassung während kritischer Übergangsphasen zu kombinieren, indem sie den Schwerpunkt auf

interaktionistische Lebensereignis- und Sozialisationskonzepte legte. Ihr Modell schließt fünf grundlegende Variablenklassen ein: zunächst ist ihr Model mit jenen Bedingungen verankert, die während des Erwachsenenalters vorherschen: Rollenwechsel und Lebensereignisse. Die Bedeutung dieser Veränderungen für das Individuum ist der entscheidende Faktor des Modells, und die Reaktionen sind als kurzzeitige Antworten auf Veränderungen gedacht. Innerhalb einer interaktionistischen Lebensereignisperspektive werden besonders intrapsychische und Verhaltenskomponenten der Bewältigungsstrategien in Verbindung gesetzt. Langzeitkonsequenzen werden von George als Verhaltensresultat gesehen und die Autorin schlägt vor, diese Verhaltensresultate in Bezug zu jenen Bedingungen zu setzen, die vor dem Auftreten von Ereignissen bestanden. Lebensereignisse und Rollenwechsel haben vielschichtige Aspekte für das allgemeine Wohlbefinden von Individuen, sowie physische und psychische Gesundheit, Selbstkonzept und Lebenszufriedenheit. Schließlich bezieht sich das Modell auf den Gesamtprozeß von Lebensveränderungen mit ihren Konsequenzen und wie dieser Prozeß zu verschiedenen Zeitpunkten von der komplexen Konfiguration individueller und sozialer Faktoren beeinflußt wird. Im folgenden Kapitel sollen Kompontenten dieses Ereignisprozesses untersucht werden.

3. Der Prozeß von Lebensereignissen

Filipps Modell stellt heraus, wie wichtig es ist, den Gesamtrahmen von Lebensereignissen zu betrachten. In diesem Kapitel werden verschiedene Teile dieses Prozesses diskutiert: Personenmerkmale, der Kontext von Lebensereignissen, die kognitive Repräsentanz und Strategien zur Bewältigung von Lebensereignissen.

3.1 Personenmerkmale

Personenmerkmale sind definiert als die mit dem Ereignis gleichzeitig auftretenden biophysischen und psychischen Bedingungen. Das Alter und Geschlecht von Personen, zum Beispiel, mag schon bestimmen, wie Lebensereignisse wahrgenommen werden und wie Individuen sich mit der Lebenssituation auseinandersetzen. Als andere Personenmerkmale gelten Gesundheitszustand, Motivation und Zielvorstellungen, Zeitperspektiven, kognitive Strukturen, Kenntnis über bestimmte Lebensereignisse, Selbstwertgefühle, selbstbezogene Kognitionen und Kontrollüberzeugungen (Filipp, 1981a).

Browns Depressionsuntersuchung (Brown, Bhrolchain, & Harris, 1980) stellt eine der am meisten zitierten Studien dar, die Personenmerkmale mit dem Auftreten von kritischen Ereignissen und nachfolgender Gesundheitsbeeinträchtigung verbindet. Brown fand, daß Frauen, die ihre Mutter schon früh in der Kindheit verloren hatten, arbeitslos waren und mehr als zwei Kinder hatten, eher "verwundbar" für das Auftreten einer Depression waren als eine Kontrollgruppe.

Recht unterschiedliche Ergebnisse wurden über die Beziehung zwischen sozioökonomischen Status und Herzinfarkt berichtet: Jenkins (1976) stellte auf der einen Seite fest, daß Personen mit hohem Berufs- oder Bildungsstatus häufiger unter einem Herzinfarkt leiden als Individuen mit niedrigerem Vergleichsstatus. Auf der anderen Seite stellten Forscher heraus (Koskenvuo, Kaprio, Kesaniemi, & Sarna, 1980; Rose & Mormot, 1981), daß Herz- und Kreislauferkrankungen besonders bei Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status vorkommen. Siegrist, Dittmann, Rittner, & Weber (1982) erklären die scheinbar paradoxen Ergebnisse mit dem Einfluß verschiedenartiger Stressoren: demnach wirken koronare Erkrankungen bei Individuen mit hohem sozioökonomischen Status als direkte Stressoren, während sie bei niedrigerem Status indirekt über hohe Arbeitsbelastung, soziale Instabilität und geringerer sozialer Unterstützung zu wirken scheinen. Grundsätzlich sollte jedoch festgehalten werden, daß Personenmerkmale, wie sozioökonomischer Status im Lebensereignisprozeß eine wesentliche Rolle spielen (siehe auch Theorell, 1981).

Persönlichkeitsfaktoren können ebenfalls als Personenmerkmale verstanden werden und stehen deshalb mit dem Auftreten von kritischen Lebensereignissen direkt in Verbindung. (Chan, 1977; Costantini, 1973; Garrity, Marx, & Somes, 1977). Solche Personenmerkmale beziehen sich oft direkt auf den Herzinfarkt und werden deshalb in einem späteren Abschnitt noch eingehender behandelt.

3.2 Der Kontext von Lebensereignissen

Reese und Smyer (1983) definierten den Kontext von Lebensereignissen als "the life space in which in an event occurs" (S. 8). Gemeint ist also der Lebensbereich, dem ein Ereignis zugeordnet werden kann. Hultsch & Plemons (1979) unterschieden vier solche Bereiche: Gemeinde, Familie, Arbeit und das soziale Netzwerk. Dohrenwend, Askenasy, Krasnoff, & Dohrenwend (1978) erarbeiteten in ihrer PERI Life Events Scale elf Kontextbereiche: Schule, Arbeit, Ehe und Partnerschaft, Kinder, Familie, Wohnung, Strafrechtliches, Finanzielles, Soziale Aktivität, Verschiedenes und Gesundheit. Reese und Smyer (1983) nannten außer den Dohrenwendtschen Kategorien noch die des Selbst, der Gemeinde und der Freundschaft. Sie konstruierten mit diesen fünfzehn Lebensbereichen fünf übergeordnete Kategorien: Familie, Selbst, Soziale Aktivitäten, Arbeit und Verschiedenes.

3.3 Die kognitive Repräsentanz von Lebensereignissen

Die subjektive Wahrnehmung eines Lebensereignissen ist wohl der vernachlässigste Teil im Forschungsgebiet von Lebensereignissen. Aus diesem Grund soll zunächst ein theoretisches Argument für die Bedeutung der subjektiven Wahrnehmung gegeben werden.

Die subjektive Wahrnehmung oder "kognitive Repräsentanz" einer bestimmten Situation, so wie sie in kognitiven Theorien beschrieben ist, kann als bedeutende Verbindung zwischen Reiz und

Reaktion verstanden werden. Die Art, wie Individuen Veränderungen in ihrem Leben wahrnehmen, bestimmt das Ausmaß des Einflusses und die Konsequenzen einer Situation nach kritischen Ereignissen. Die Streßforschung unterstreicht die Wichtigkeit der subjektiven Wahrnehmung eines gegebenen Stressors, das heißt, ob ein Reiz tatsächlich als Stressor agiert oder nicht, hängt im großen und ganzen davon ab, wie das Individuum die Situation wahrnimmt und beurteilt. Die kognitive Repräsentanz beeinflußt daher, wie Individuen auf einen Stressor reagieren und welche Art der Auseinandersetzung sie wählen.

Ein recht ausführlicher theoretsicher Ansatz in Bezug zur Streßforschung ist von Lazarus und seinen Mitarbeitern geliefert worden (Lazarus, 1966; Lazarus & Launier, 1978, Lazarus, 1981; Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus spricht davon, daß die objektiven Charakteristiken einer Situation weniger beeinflussen als vermittelnde kognitive Prozesse. Jede Art des subjektiv empfundenen Stresses kann somit auf spezifisch wahrgenommene Umweltanforderungen zurückgeführt werden. Innerhalb des kognitiven Prozesses der subjektiven Wahrnehmung unterscheidet Lazarus zwischen der ersten Phase der Bewertung ("primary apprasial") und einer zweiten Phase der Bewertung ("secondary appraisal"). "Appraisal refers to the way a person construes the significance of an encounter for his or her well-being, that is, as irrelevant, benign, harmful, threatening or challenging, the latter three being forms of stress appraisal (Lazarus & Delongis, 1983, p. 249). Ein Ereignis wird also in diesem ersten Bewertungsschritt als entweder irrelevant, positiv oder

stresshaft wahrgenommen. Sollte das Ereignis als streßhaft oder bedrohlich aufgefaßt werden, kommt es zum zweiten Bewertungschritt, dem "secondary appraisal," mit dem eine Entscheidung darüber gefällt werden soll, wie man sich der wahrgenommenen Gefahr entgegenstellt.

Ein zweiter Ansatz zur subjektiven Wahrnehmung ist in der Konflikttheorie von Janis und Mann (1977) zu entdecken. Sie beschreiben den Bewertungsprozeß unter streßhaften Bedingungen in fünf Schritten (Tab. 2).

Die subjektive Wahrnehmung von Ereignissen wurde von Lehr (1980) und Reese & Smyer (1983) durch verschiedene Dimensionen beschrieben (Tab. 3).

Empirische Untersuchungen über die subjektive Wahrnehmung haben ein größeres Maß an Varianz aufklären können als die Messung sogenannter objektiver Befunde (Hinkle, 1974; Johnson & Sarason, 1979; Rahe & Arthur, 1978; Theorell, 1974; Vinokur & Selzer, 1975).

Tabelle 2

Fünf Stufen zur Entscheidung von Streßreaktionen

1. Beurteilung des Ausmaßes der Bedrohung;
2. Erste Bewertung, Abwägen der verschiedenen Alternativen für die Auseinandersetzung mit der Bedrohung;
3. Abwägen von Nachteilen und Risiken der negativen Konsequenzen und weitere Informationssuche;
4. Vorläufige Entscheidung;
5. Durchsetzung der gewählten Bewältigunsstrategien.

Tabelle 3

Dimensionen der Subjektiven Wahrnehmung

(nach Lehr, 1980; Reese & Smyer, 1983)

1. Kontrolle: Annahme, daß das Ereignis selbstbestimmt oder fremdbestimmt ist;

2. Wünschbarkeit: Positives oder negatives Erleben der spezifischen Situation in Hinblick auf Gesundheit, Partnerschaft, soziale Situation, berufliche Situation, Wohnsituation, usw.;

3. Veränderbarkeit: Erlebte Veränderbarkeit der Situation durch Aktivität;

4. Antizipation: Erleben der Situation als plötzlich überrumpelt werden oder als gedanklich vorweggenommen;

5. Kongruenz: Übereinstimmung zwischen Erwartung und Erleben;

6. Vergleichbarkeit: Ähnlichkeit des Ereignisses mit anderen Erlebnissen;

7. Bedrohung: Bedrohliche Konsequenzen des Ereignisses über lange Zeit;

8. Bedeutung: Subjektive Interpretation des Ereignisses;

9. Gewinn oder Verlust: Ausmaß an Gewinn oder Verlust als Konsequenz des Ereignisses;

10. Soziale Wünschbarkeit: Unwelt als abgewandt oder positiv zugewandt erlebt;

11. Stress: Wahrgenommenes Ausmaß an Streß;

12. Zeitbezug: Annahme, daß das Ereignis zeitgemäß eintrat ("on time") oder zeitungemäß ("off time").

Henley & David (1967) untersuchten die kognitive Repräsentanz in Bezug zu chronischen Erkrankungen bei älteren Personen. Sie fanden, daß die Wahrnehmung der eigenen Situation relevanter war als die objektive Situation. Thurlow (1971) fand in einer Studie mit Industriearbeitern, daß die subjektive Wahrnehmung von Veränderungen im sozialen Umfeld in höherem Ausmaß mit der Wahrscheinlichkeit krank zu werden zusammenhing als vergleichbare objektive Messungen. Lehr, Schmitz-Scherzer, & Thomae (1972) stellten ebenfalls heraus, daß die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes einen größeren Zusammenhang mit der Lebenserwartung älterer Menschen aufwies als objektivere Messungen.

Diese Beispiele belegen, wie wichtig es ist, die subjektive Wahrnehmung eines Ereignisses in die Analyse von Ereignisprozessen einzubeziehen. Warum aber scheint die subjektive Wahrnehmung ein besserer Prädiktor zu sein als objektive Messungen? Die kognitive Repräsentanz eines Ereignisses konzentriert sich auf die Bedeutung, die einem solchen Ereignis zugeordnet wird (Venters, 1979; Taylor, 1983). Ob das Erleben eines kritischen Ereignisses zum Zusammenbrechen oder zu einer Einschränkung des Gesundheitszustandes führt, hängt im großen und ganzen von den Erklärungen ab, mit denen ein Individuum versucht, dem Geschehnis Sinn zu geben und wie die soziale Situation geändert werden kann, sodaß die unerwünschte Situation bewältigt wird (McCubbin, Joy, Cauble, Patterson, & Needle, 1980).

Obwohl so manche Dimension der kognitiven Repräsentanz erforscht worden ist, haben doch nur wenige Forscher sie

gleichzeitig angewandt (Stone & Neale, 1984). Lehr und ihre Mitarbeiter sind unter den wenigen Forschern, die mehr als eine Dimension gleichzeitig untersucht haben (Bullman, 1979; Hirsch, 1979; Lehr, 1982, Lessing, 1979; Martin 1982; Martin & Diel, 1983; Mudrich, 1978; Oppelland-Hampel, 1978). Obwohl es wünschenswert ist, die kognitive Repräsentanz in multidimensionaler Weise zu erfassen, mag es auch nützlich sein herauszufinden, ob es einige Hauptdimensionen gibt, die andere Dimensionen zusammenfassen. Die Variablen "Wünschbarkeit," "Erwartung," "Ähnlichkeit" könnten, zum Beispiel, als Unterkategorien für die "Bedeutung" von Lebensereignissen aufgefaßt werden (Stone & Neale, 1984).

3.4. Daseinstechniken

Die subjektive Wahrnehmung eines Ereignisses führt direkt zur Wahl der spezifischen Auseinandersetzung mit der neuen Situation, oder der Wahl einer "Daseinstechnik" (Thomae, 1968). Thomae definiert Daseinstechniken als "Kunstgriff der menschlichen Natur zur Ermöglichung des Daseins" (S. 334) und versteht darunter "sowohl tiefenpsychologisch relevante unbewußte Mechanismen (Verdrängung, Identifikation), 'irrationale' Verhaltensweisen, wie 'Aggression' oder Bewegungssturm,' ebenso wie bewußt eingesetzte Formen der Auseinandersetzung (coping)..." (Thomae, 1968, S. 334).

In der amerikanischen Literatur wird "coping" als Sammelbegriff aller jener Reaktionen einer Person verwendet, die sie bei der Konfrontation mit einer potentiell bedrohlichen oder

belastenden Situation zeigt (Silver & Wortman. 1980). Ähnlich verstehen Lazarus & Launier (1978) diesen Begriff als kennzeichnend für die Summe aller problemlösenden Anstrengungen einer Person, die sich in einer für sie bedeutsamen, jedoch ihrer individuellen Anpassungskapazität überforderten Lage befindet.

Auf der anderen Seite wird "coping" auch unter dem Gesichtspunkt seiner Funktionalität und seiner Effektivität für ein oder mehrere jeweils definierte Kriterien gesehen, so als schützende Funktion (Pearlin & Schooler, 1978) oder in der Unterscheidung zwischen "Bewältigung" und "Abwehr" (coping vs. defending, Haan, 1977).

Brammer & Abrego (1981) beschreiben drei Aspekte der Auseinandersetzung mit einer Situation: (1) Coping als emotionaler und nicht rein kognitiver Prozeß; (2) Coping sowohl in Bezug zu positiven als auch negativen Stressoren, wie Bedrohungen und Verlustereignissen und (3) Coping erfordert Formen der Anpassung, wenn der Ausgang einer Situation ungewiß ist und die Grenzen der individuellen Kapazität erreicht sind.

Filipp (1981) faßt bei aller Unterschiedlichkeit der Coping-Ansätze folgende beiden Grundannahmen als Gemeinsamkeiten zusammen:

"(1) Bewältigungsprozesse werden auf allen Ebenen vermutet, das heißt, sie umfassen beobachtbares Verhalten und instrumentelles Handeln ebenso wie kognitive Prozesse (zum Beispiel, Bedeutungszuschreibungen), emotionale und physiologische Reaktionen (Wut, Trauer, usw.), wobei die Interdependenz dieser Ebenen unterschiedlich konzeptualisiert wird.

(2) Bei der Auseinandersetzung mit und Bewältigung von kritischen Ereignissen handelt es sich um ein prozessuales Geschehen mit unterschiedlicher zeitlicher Erstreckung" (Filipp, 1981, S. 38).

Eine ganze Reihe von Persönlichkeits- und demographischen Faktoren beeinflußt direkt die Wahl der Bewältigungsstrategien, die ein Individuum als Möglichkeiten wahrnimmt, sich mit einer gegebenen Situation auseinanderzusetzen. Diese Faktoren umschließen Alter, Gesundheit, Intelligenz, Persönlichkeitsvariablen, vorherige Erfahrung mit der Auseinandersetzung von Situationen und kulturelle Hintergründe (Brammer et al., 1981; McCrae, 1984).

In den Untersuchungen der Bonner Schule (Lehr, 1969; Thomae, 1951; Thomae, 1968; Thomae, 1976) haben sich die in Tabelle 4 zusammengefaßten Daseinstechniken oder Reaktionsweisen herausgebildet.

In der amerikanischen Literatur, stellten Coyne, Aldwin, & Lazarus (1981) die folgenden Coping-Faktoren heraus: problemorientiertes Coping, wunschhaftes Denken, Hilfesuchen und Verleugnen, persönliche Weiterentwicklung ("growth"), Reduzierung von Bedrohung, emotionelle Hilfe und Selbstkritik. Braukmann et al. (1981) fanden ähnliche Dimensionen: problemorientiertes Verhalten, resignierendes wunschvolles Denken; Flucht und Vermeideverhalten; Unsicherheit und Unentschlossenheit; Sebstschuldzuweisung und kognitive Selbstregulierung.

Horowitz und Wilner (1980) unternahmen klinische Explorationen mit Personen in Bezug zu Krisensituationen und stellten eine Reihe von Copingstrategien fest. Aus diesen

Tabelle 4

Formen der Auseinandersetzung mit Lebensereignissen

(1) Sachliche Leistung/aktive Bewältigung der Situation;
(2) Aktivitätssteigerung (Flucht in die Aktivität, zum Teil planlos und ziellos;
(3) Verwirklichung eigener Bedürfnisse;
(4) Selbstreflektion, Nachdenken über sich selbst;
(5) Durchprobieren von Möglichkeiten;
(6) Sich selber belohnen;
(7) Aufgreifen gegebener Chancen;
(8) Appell an die Hilfe anderer (aktiv auf andere zugehen);
(9) Sich verlassen auf andere ("die kommen schon");
(10) Anpassung an die soziale Umwelt;
(11) Pflege und Stiftung sozialer Kontakte;
(12) Zurückstellen der eigenen Bedürfnisse zugunsten anderer (Verzicht auf eigene Wünsche und Interessen);
(13) Korrektur der Erwartungen (quantitativ und qualitativ; Veränderung des Anspruchsniveaus);
(14) Aktiver Widerstand gegen Druck;
(15) Durchsetzung eigener Wünsche und Bedürfnisse auf Kosten anderer;
(16) Innere Distanzierung von der Situation/nicht-wahrhaben wollen;
(17) Akzeptieren der Situation so wie sie ist;
(18) Positive Deutung der Situation;
(19) Situation den Umständen überlassen;
(20) Hoffnung auf Wende;
(21) Niedergeschlagenheit, Depression, Hoffnungslosigkeit;
(22) Identifikation mit den Zielen und Schicksalen anderer Menschen;
(23) Evasive Reaktion (sich zurückziehen, aus dem Felde gehen);
(24) Abwertung anderer/anderen die Schuld zuschieben;
(25) Äußerung von Beschwerden im psychophysischen Wohlbefinden. (vgl. Lehr 1980, S. 445-446).

Ergebnissen konstruierten sie einen Fragebogen, der verschiedene Arten von Coping zu erfassen suchte: (1) Orientierung an anderen Aktivitäten oder Einstellungen; (2) Aktive Verarbeitung der Ereignisse; (3) Suche sozialer Unterstützung.

Während Horowitz und seine Mitarbeiter eher dramatische Ereignisse erfaßten, konzentrierte sich Pearlin & Schoolers Arbeit (1978) mehr auf tägliche Ereignisse. Es kann angenommen werden, daß verschiedene Arten von Lebensereignissen ganz andere Bewältigungsmechanismen erfordern. Ilfeld (1980 a, b), zum Beispiel, zeigte, daß Bewältigungsstrategien vom Lebensbereich des Ereignisses (zum Beispiel finanzielle Angelegenheiten, soziale Belange, usw.) abhängen.

Nach der Besprechung von Prozeßvariablen in der Lebensereignisforschung sollen nun Fragen der Methodik bearbeitet werden.

4. Methoden der Lebensereignisforschung

Petermann (1981) hat verschiedene Charakteristika des Forschungsprozesses in Bezug auf die Lebensereignisforschung herausgestellt. Im groben unterschied er zwischen der Identifiziering von Lebensereignissen und der Analyse von Effekten, die kritische Lebensereignisse aufweisen können.

4.1 Identifizierung von Lebensereignissen

Um den Einfluß von Lebensereignissen auf die Entwicklung des Menschen untersuchen zu können, besteht die Notwendigkeit, zunächst Definitionen zu erarbeiten, dann Kriterien zur Identifikation von Ereignissen zusammenzufassen und schließlich Strategien zur Identifizieriung von Ereignissen vorzustellen.

Definitionen sind schon an anderer Stelle besprochen worden. Es sei hier nur noch einmal hervorgehoben, daß Petermann besonders den biographischen Kontext, die Beziehung zu einer gegebenen Situation und den allgemeinen Zeitbezug bei der Definition von kritischen Lebensereignissen betont.

Die Kriterien, die für die Erfassung von Lebensereignissen herausgestellt werden, betreffen Probleme der Repräsentanz und des Meßverfahrens. In den folgenden beiden Abschnitten werden beide Punkte behandelt.

4.1.1. Meßinstrumente der Lebensereignisforschung

Die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Lebensereignissen und nachfolgenden Veränderungen wurden meist mit Hilfe von standardisierten Methoden, den Lebensereignislisten oder

Lebensereignisfragebogen, zu erklären versucht. Dabei ist allen Erhebungsinstrumenten der Anspruch gemeinsam, die objektive Belastung eines Menschen durch lebensverändernde Ereignisse in standardisierter Form erfassen zu können (Katschnig, 1980).

Gerade an dem Einsatz standardisierter Lebensereignislisten entzündet sich eine heftige Kritik, die in folgenden Punkten zusammengefaßt werden kann (vgl. Katschnig, 1980):

(1) In der Lebensereignisforschung ist es üblich, die durch Lebensereignislisten für einen definierten Zeitraum erhaltenen Erlebnisse und die von ihnen ausgehenden Wirkungen in ein globales Maß zusammenzufassen; das heißt, die Lebensereignisse werden aus ihrem spezifischen Kontext herausgenommen und rein quantitativ untersucht, wobei qualitative Aspekte des Erlebens vernachlässigt werden.

(2) Die mit standardisierten Verfahren erhaltenen Ergebnisse sind aufgrund der Vielfalt der Lebensereignislisten, deren unterschiedlichem Aufbau, Inhalt und theoretischem Hintergrund meist nur unbegrenzt oder überhaupt nicht vergleichbar.

Im folgenden sollen die einflußreichsten und bekanntesten Erhebungsinstrumente der Lebensereignisforschung vorgestellt werden:

4.1.1.1. Schedule of Recent Experience (SRE)

Die "Schedule of Recent Experience" besteht aus einer Liste von 42 Lebensveränderungen ("life changes"), die den Teilnehmern einer Untersuchung als Selbstbeurteilungsbogen vorgelegt wird.

Sie ist in den sechziger Jahren von Holmes und Rahe (1967) entwickelt worden. Der Proband soll für bestimmte Zeitperioden (meist Halbjahres- oder Vierteljahresabstände) ankreuzen, von welchen der 42 Lebensveränderungen er betroffen war. In einer Erweiterung der SRE wurden neue Items aufgenommen und Unterteilungen vorgenommen ("Recent Life Change Questionnaire").

Das SRE wurde einer Gruppe von 394 Personen mit der Bitte vorgelegt, die "relative Anpassung" - im Vergleich zu der für die Heirat notwendige Wiederanpassungsleistung - festzuhalten. Auf diese Weise ergab sich dann eine Rangreihe von Ereignissen, die vom "Tod des Ehepartners" (100 "Life-change units") über "Scheidung" (73), "Heirat" (50), "Sexuellen Schwierigkeiten" (39), "Umzug" (20) bis zu einem Anpassungsscore von 11 für "Leichtere Gesetzesübertretungen" reichte. Die mit diesen Belastungsscores (readjustment-scores; life-change units) versehene Liste von Lebensveränderungen wurde als "Social Readjustemt Rating Scale" bezeichnet.

Mehrere Kritiker (Brown, 1974; Hudgens, 1974) haben gegen die "Schedule of Recent Experiences" vorgebracht, daß die in ihr enthaltenen Ereignisse viel zu kurz und vieldeutig beschrieben seien. So läßt sich, zum Beispiel, bei dem Ereignis "Gewinn eines neuen Familienmitgliedes" nicht feststellen, ob es sich um die Geburt eines Kindes oder ob es sich um einen entfernten Verwandten handelt; die "Änderung der finanziellen Situation" kann einmal als postiv bewertetes Ereignis (finanzieller Gewinn) oder als negativ bewertetes (finanzieller Verlust) verstanden werden.

Bei der "Social Readjustment Rating Scale" wird dann einer bestimmten Lebensveränderung in stereotyper Weise jedem Individuum derselbe Belastungsscore zugeordnet. So wird "eine Geburt immer mit 39 Life-change units beurteilt, gleichgültig, ob es sich um die erste oder eine wiederholte Geburt handelt, ob das Kind erwünscht oder nicht erwünscht ist, ob die finanzielle Situation der Mutter günstig oder ungünstig ist, ob während der Schwangerschaft oder der Geburt Komplikationen auftreten und ob das Kind gesund oder mißgebildet zur Welt kommt" (Katschnig, 1980, S. 30-31).

4.1.1.2 Peri Life Events Scale

Die von Dohrenwend, Askenasy, Krasnoff & Dohrenwend (1978) entwickelte "Psychiatric Epidemiology Research Interview (PERI-) Life Events Scale" versucht, den Kritikpunkten an dem "Schedule of Recent Experiences" zumindest teilweise gerecht zu werden. Einer New Yorker Stichprobe wurde die Frage nach dem letzten Ereignis gestellt, das ihr Leben gestört oder verändert hatte. Aus den Ergebnissen dieser Studie und den Erfahrungen mit anderen Lebensereignislisten entstand dann die PERI Life Event Scales mit 102 Ereignissen.

Jedes Ereignis ist danach klassifiziert, ob es unabhängig von einer bestimmten Umgebung ("setting") vorkommt oder auf einen sozialkulturellen Rahmen begrenzt ("limited") ist. Außerdem wird unterschieden, ob es sich um einen Gewinn oder Verlust handelt, oder ob das Ereignis vieldeutig ist. Schließlich wurden noch

Einteilungen vorgenommen, die eine Beziehung der jeweiligen Ereignisse zum physischen und psychischen Wohlbefinden herstellen. Dabei hing die Klassifikation davon ab, ob die Personen selbst zentrale Personen waren ("central figure") oder nicht.

Der PERI Life Events Scale wird in den letzten Jahren immer mehr Beachtung geschenkt, da sie eingehender zwischen verschiedenen Ereignissen differenziert und klassifiziert. So benutzten auch Gräser, Esser & Saile (1981) diese Methode, um eine differenzierende Einschätzung von Lebensereignissen mittels einer dreimodalen Faktorenanalyse vorzunehmen. Jedoch täuscht auch diese Liste nicht darüber hinweg, daß mit Ankreuzverfahren nur Teilaspekte von Lebensereignissen und deren Einflüsse auf Veränderungen im Lebenslauf gegeben werden können.

4.1.1.3 Life Event Schedule

Aus diesem Grunde soll auch das am Bedford College der Universität London in den sechziger Jahren entwickelte Erhebungsinstrument, das "Life-Event Schedule," erwähnt werden (Brown & Birley, 1968).

Zunächst unterscheidet sich dieses Meßinstrument dadurch, daß es kein Selbstbeurteilungsfragebogen ist, sondern Interviews eingesetzt werden, die bis zu mehreren Stunden dauern können. Die Entscheidung, ob eine Lebensveränderung tatsächlich registriert wird, bleibt dem Interviewer überlassen. Die Bereiche, die ein Lebensereignis umfaßt, sind dabei verbindlich und im Detail definiert.

Die einzelnen Lebensbereiche werden mit Hilfe eines Interviewleitfadens abgefragt, der dem Interviewer eine Orientierungshilfe während des Gesprächs bietet. Brown unterstreicht mit diesen Explorationen den Kontext, in dem ein lebensveränderndes Ereignis stattfindet. Der "Schweregrad" eines Erlebnisses, definiert als das Ausmaß der Belastung durch dieses Erlebnis, wurde von der Londoner Gruppe als "Bedrohung" (threat) aufgefaßt, wobei nur recht oberflächlich definiert ist, was mit "threat" gemeint ist: "eine Unsicherheit über die möglichen Folgen eines lebensverändernden Ereignisses, bzw. die Antizipation von Schwierigkeiten" (nach Katschnig, 1980, S. 35).

Die Ausbildung der Interviewer kann nur während eines mehrwöchigen Aufenthaltes am Bedford College in London erfolgen, wo mit Hilfe von Tonbändern früherer Interviewer und durch Teilnahme an Gruppenratings angehende Interviewer die Regeln zur Einstufung von Lebensereignissen erlernen können. Diese Art der Standardisierung hat Brown den Vorwurf einer gewissen "Mystifizierung" des Meßvorgangs eingetragen (Dohrenwend & Dohrenwend, 1977). Im Vergleich zu den Fragebogen-Listen stellt dieses Verfahren außerdem eine recht kostspielige Methode dar.

Festgehalten werden sollte noch, daß dem "Schedule of Recent Experience" und der "PERI-Life-Events Scale" ein additives Modell zugrunde liegt, das heißt, je mehr lebensverändernde Ereignisse, desto größer die Belastung der betroffenen Personen, während es sich bei dem "Life-Event Schedule" um ein Schwellenmodell handelt: mindestens ein lebensveränderndes Ereignis eines bestimmten Schweregrades in einem bestimmten Zeitraum genügt, um

die betroffenen Personen als unter einer besonderen Belastung stehend einzustufen.

4.1.1.4. Andere Lebensereignislisten

Nach den Veröffentlichungen von Holmes und Rahe (1967) sind eine ganze Reihe von Ereignislisten entwickelt worden, von denen hier die wichtigsten aufgeführt werden (Tab. 5):

Tabelle 5

Auswahl gebräuchlicher Lebensereignislisten

(1) Life Crisis History (LCH)	- Antonovsky & Kats, 1967;
(2) Experiental Inventory (EI)	- Cottle, 1968;
(3) Life Events Inventory (LEI)	- Cochrane & Robertson, 1973;
(4) Life Change Inventory (LCI)	- Costatini, Braun, Davis & Iervolino, 1974;
(5) Geriatric Social Readjustment Rating Scale (GSRQ)	- Amster & Krauss, 1974;
(6) Life Event Record	- Hibler, 1975;
(7) Life Event Inventory	- Tennant & Andrews, 1976;
(8) Life Experiences Survey (LES)	- Sarason, Johnson, & Siegel, 1978;
(9) The Children's Life Event Inventory	- Monaghan, Robinson, & Dodge, 1979;
(10) Forschungsinstrument zur Erfassung bedeutender Lebensereignisse	- Filipp, Braukmann, Ahammer, Angleitner, & Olbrich, 1980.

4.1.1.5. Die Lebenslinie ("life graph")

Während die oben genannten Erhebungsinstrumente einen relativ kurzen Zeitraum vor der Befragung abhandeln, benutzen Bourque & Back (1977) als projektive Technik den "Life graph," um bestimmte Lebensereignisse in den Gesamtrahmen des Lebenslaufes einzustufen: "The principal value of the life graph lies in its ability to inform us about life-span or a whole life perspective. Graphs are useful for assessing the current emotional state, comparing perceived emotional states between groups and over time periods, and deteriming the conditions under which heights and patterns of graphs change" (Bourque & Back, 1977, S. 674).

Die Untersuchungspersonen werden gebeten, auf einem leeren Blatt Papier, das nur Angaben zum Alter macht, ihre "Lebenslinie" zu zeichnen, und zwar mit allen Höhen und Tiefen. Bei der Auswertung werden dann die Abstände der Linie zur Basislinie für bestimmte Zeitpunkte der Lebensspanne gemessen.

Bei allen Schwierigkeiten, die projektive Techniken mit sich bringen, scheint die Anwendung der Life-graph Technik als zusätzliches Meßinstrument in der Lebensereignisforschung sinnvoll zu sein, da hier der gesamte Lebenslauf in Beziehung zu bestimmten Ereignissen überblicksartig erfaßt werden kann.

4.1.2. Meßprobleme

Neben der Frage, ob Ereignisse in Bezug zu verschiedenen Dimensionen adequat identifiziert werden können, stellt sich die Frage der Konstruktvalidität und des Skalenniveaus.

Das Problem der Konstruktvalidität spiegelt die grundlegende Schwierigkeit in der theoretischen Diskussion der Lebensereignisforschung. Konstruktvalidität ist als das Ausmaß dessen beschrieben, mit dem ein Konzept mißt, was es messen soll. Drei Validitätsbedrohungen im Sinne von Cook & Campbell sind in der Diskussion der Lebensereignisforschung von besonderer Bedeutung (vgl. Hultsch & Cornelius, 1981):

(1) Die Wahl der Meßoperationen ist zum Teil von der Analyse der Konstrukteigenschaften abhängig; unzureichende Beschreibungen des Konstrukts sind daher nicht ausreichend für zufriedenstellende Konstruktvalidität.

(2) In den meisten Studien der Lebensereignisforschung ist nur ein Meßzeitpunkt vorgesehen. Wie Cook & Campbell deutlich machen (1976) ist dies auch eine Bedrohung der Konstruktvalidität, da einmalige Meßvorgänge das eigentliche Konstrukt unterrepräsentieren und irrelevante Variablen überbewerten.

(3) Der Gebrauch nur einer Methode in der Lebensereignisforschung ist nicht ausreichend, da eine einzelne Methode Eigenvarianz beinhaltet, die nicht in Beziehung zum eigentlichen Konstrukt gebracht werden sollte. Im Idealfall sollten Multi-Trait/Multi-Methoden Verfahren (Campbell & Fiske, 1959) benutzt werden, um Lebensereignisprozesse herauszukristallisieren.

Zusätzlich zur Konstruktvalidität werden noch Fragen des Meßniveaus aufgeworfen. Katschnig unterscheidet zwischen vier Meßniveaus in der Lebensereignisforschung:

(1) Ereignisse sind nur global unterschieden und in Bezug zum einfachen Auftreten oder Nichtauftreten dichotomisiert;

(2) Beurteilungen von Lebensereignissen sind differenzierter, jedoch ohne Rücksicht auf die gegebene Situation oder dem Kontext, in dem ein Lebensereignis auftritt.

(3) Lebensereignisse werden auch in ihrem situativen Kontext beschrieben.

(4) Lebensereignisse werden in Bezug zur Situation und im Bezug zum individuellen Kontext differenziert.

4.2. Analyse der Effekte

Neben der Identifikation von Lebensereignissen sind noch Fragen zum methodischen Vorgehen der Effektanalyse zu stellen. Petermann (1981) unterscheidet drei Hauptfragen: Fragen zum Design, zur Analyse von Veränderungen und zur Kausalität.

Bei der Aufstellung eines Designs ist zu berücksichtigen, daß Prinzipien im Sinne klassischer Experimente nicht gerade realistisch für die Lebensereignisforschung sind. Experimentelle Ansätze vernachlässigen den sozialen und kulturellen Hintergrund, in dem Lebensereignisse anfallen. Es wurde aber schon an anderen Stellen hervorgehoben, daß diese Variablen von entscheidender Bedeutung in der Lebensereignisforschung sind. Außerdem wäre es unethisch und in vielen Fallen unmöglich, kritische Ereignisse im experimentellen Sinne zu konstruieren. Selbst wenn dies möglich wäre, bliebe die Wiederholungsmöglichkeit von solchen Experimenten beschränkt. In den meisten Fällen wird sich die

Lebensereignisforschung deshalb auf multiple-n oder klein-n quasi-experimentelle Designs stützen müssen.

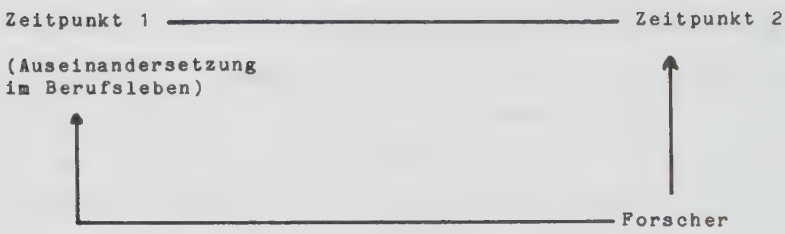
Eines der oft kritisierten Punkte innerhalb der Lebensereignisforschung stellt die Tatsache dar, daß Lebensereignisse retrospektiv erfaßt werden. Es muß allerdings angefügt werden, daß retrospektive Studien eine Reihe von Vorteilen besitzen: zunächst können eine ganze Serie von Ereignissen mit einem Male erfaßt werden, während man bei prospektiven Ansätzen lange Zeit warten muß, bis sich eine Reihe von kritischen Ereignissen angehäuft hat; zum zweiten kann die Analyse der Wirkung von Lebensereignissen sich auf die subjektive Wahrnehmung von Ereignissen konzentrieren und von dieser subjektiven Sicht jeden denkbaren Ausschnitt der Lebensspanne untersuchen.

Es sollte aber auf der anderen Seite nicht verleugnet werden, daß jedes retrospektive Verfahren Tor und Tür für Validitätsbedrohungen öffnet (Hultsch & Cornelius, 1981), da die unabhängigen Variablen oft mit den abhängigen Variablen konfundiert sind.(Brown, 1974; Schroeder & Costa, 1984). Brown hat auf die Möglichkeit von solchen Fehlinterpretationen bei der Messung von Lebensereignissen hingewiesen (1974).

Die Möglichkeit der "direkten Kontamination" ergibt sich dadurch, daß die meisten Untersuchungen retrospektiv angelegt sind (Abb. 5).

Abbildung 5

Direkte Kontamination



Nach dem Eintreffen eines kritischen Lebensereignisses (zum Beispiel, nach einem Herzinfarkt) werden zurückliegende Ursachen gesucht; unabhängige und abhängige Variable können sich gegenseitig durch den Meßvorgang beeinflussen. Eine Krankheit oder Veränderung kann dann durch zufällig zusammentreffende Ereignisse erklärt werden ("effort after meaning"). Liegt eine direkte Kontamination vor, dann darf ein Untersucher nicht ohne weiteres annehmen, daß die Korrelation zwischen den Variablen einer Kausalbeziehung entspricht.

Wenn das Ereignis X (Auseinandersetzung im Berufsleben) vom Forscher vor Eintritt der Veränderung Y (Herzinfarkt) gemessen wird, so ist damit die direkte Kontamination ausgeschlossen. Aber die Messung von X kann von dem Wissen darüber beeinflußt werden, ob die Versuchsperson zum Beispiel ängstlich ist oder nicht, und es ist in Wirklichkeit die Angst, die Y kausal beeinflußt und nicht X (indirekte Kontamination, Abb. 6).

Abbildung 6

Indirekte Kontamination

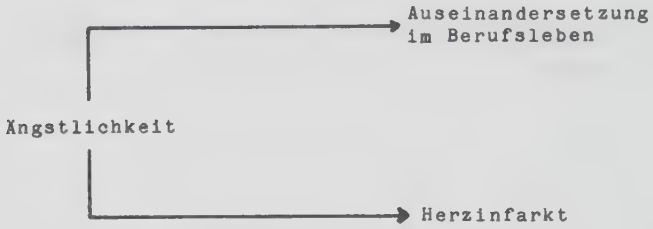
Wenn dem Untersucher der Faktor A (Ängstlichkeit) nicht bekannt wäre, würde die Korrelation zwischen X (Auseinandersetzung im Berufsleben) und Y (Herzinfarkt) verschwinden.

Die indirekte Kontamination kann zum Beispiel dadurch zustande kommen, weil der Forscher dazu tendiert, mehr Lebensereignisse zu registrieren, wenn der Befragte während des Interviews Anzeichen von Ängstlichkeit zeigt. X und Y scheinen nur deshalb kausal zusammenzuhängen, weil A sowohl X als auch V beeinflußt.

Dementsprechend kann es auch zur Scheinkorrelation kommen (Abb. 7), wenn die Korrelation zwischen X und Y möglicherweise keine Kausalbeziehung darstellt, sondern nur den Einfluß einer dritten Variable (a) auf beide Ereignisse X und Y widerspiegelt.

Abbildung 7

Scheinkorrelation



Die Schwierigkeit der Erfassung von kausalen Beziehungen zwischen Lebensereignissen und Lebensveränderungen ist also bei einer retrospektiven Analyse besonders hervorzuheben. Der Gebrauch von strukturellen Modellen, wie Pfadanalyse und LISREL-Modellen (Jöreskog, 1977) könnte besonders hilfreich sein, um Licht auf kausale Beziehungen im Lebensereignisprozeß zu werfen.

Als weiteres Argument, die subjektive Rekonstruktion von Lebensereignissen mit Vorsicht zu behandeln, haben manche die Genauigkeit solcher rückblickenden Aussagen angezweifelt (Featherman, 1980; Yarrow, Campbell, & Burton, 1970). Die Hauptfrage war, inwieweit retrospektive Schilderungen genaue Informationen über den tatsächlichen Vorgang zur Zeit des Geschehens wiedergeben. Gegen diese Argumentation läßt sich einiges entgegenstellen: zunächst ist überhaupt nicht geklärt, welche subjektive Darstellung eigentlich genauer ist, diejenige, die den Zustand einer Situation in der Gegenwart erfaßt oder die,

die erst nach einer gewissen Beobachtungspause das frühere Verhalten beurteilt. Historiker haben sich oft dagegen gewährt, eine Situationsanalyse sofort am Geschehen zu stellen; manche Aussagen können eben erst nach längerer Zeit der "historischen Reife" beurteilt werden. Zum zweiten ist ein phänomenologisch orientierter Forscher weniger an der Frage der Genauigkeit interessiert (Ryff, 1984), da es unmöglich erscheint, einen gemeinsamen Konsensus dafür zu gewinnen, was denn Genauigkeit ist und was nicht (welchen Maßstab soll man anlegen). Schließlich braucht eine retrospektive Studie deshalb nicht verteidigt zu werden, da die Vergangenheit den augenblicklichen und zukünftigen Lebenszustand beeinflußt:

> "Our moments do not march past us like a procession of identical and faceless marionettes. Their unique qualitites extend, distend, and leap over the continuum of time, if indeed it be a continuum at all. An event of ten years ago, charged with meaning, may be closer to me than last week's trivia. And, who knows, ten years from now some unpredictable cause may excavate those trivia and bring them closer than the bagatelles of that moment. Any experience may thus be located in a number of different temporal perspectives" (Barrett 1972, S. 20).

5. Der Herzinfarkt als kritsches Lebensereignis

Es ist schon an anderer Stelle angeführt worden, daß die Wahrscheinlichkeit ansteigt, mit dem Älterwerden Gesundheitsveränderungen zu erfahren. Besonders im Alter zwischen 55 und 65 weisen sich vermehrte körperlichen Schädigungen auf. Die Erfahrung eines Infarktes scheint dabei besondere Furcht auszulösen. Der Herzinfarkt kommt oft sehr plötzlich und ohne Vorwarnung, da einige der Risikofaktoren (wie erhöhter Blutdruck, Cholesterinspiegel) oft unbemerkt bleiben. Wenn ein Herzinfarkt eintritt, ist das Opfer nicht mehr in der Lage, den Lauf der Dinge zu beeinflussen. Während der ersten Stunden nach dem Herzinfarkt ist das Leben des betroffenen Individuums vollkommen abhängig von den Reaktionen anderer. Diese Erfahrung der Hilflosigkeit verschlimmert noch den traumatischen Effekt dieser Krankheit. Der erschreckenste Aspekt jedoch bleibt die hohe Sterblichkeitsrate von einem Herzinfarkt: ungefähr vierzig Prozent aller Herzinfarktopfer überleben den Infarkt nicht länger als 28 Tage (Peel, Semple, Wany, Lancaster, & Dall, 1962).

Innerhalb der Lebensereignisforschung nehmen Untersuchungen über Auswirkungen von Lebensereignissen auf einen Herzinfarkt einen breiten Raum ein. Die meisten Studien betrachten jedoch nur den Vergangenheitsaspekt dieses Ereignisses, das heißt, sie beschäftigen sich mit der Fragestellung, ob eine Anhäufung von Lebensereignissen den Herzinfarkt mitauslösen oder verursachen kann (Theorell, 1974).

Engel (1971) analysierte Zeitungsartikel, die über plötzlichen Herztod nach emotionellen Erlebnissen berichteten. Demnach starb eine 61-jährige Frau an Herzversagen kurz nachdem sie vom Tod ihrer Schwester gehört hatte. Ein 40-jähriger Vater starb noch neben dem bei einem Motorradunfall schwerverletzten Sohn, während ein 57-jähriger Politiker 48 Stunden nach einem Gerichtsurteil, das ihn der Bestechlichkeit bezichtigt hatte, einem Herzversagen unterlag. Ein 60-jähriger Mann brach bei seiner Rückkehr aus der Strafvollzugsanstalt in dem Moment zusammen, in dem er zu seinem Haus und seiner Familie zurückkehrte. Schließlich berichtete Engel von einem 55-jährigen Mann und seinem 88-jährigem Vater, die beide bei einem Treffen nach 20-jähriger Trennung plötzlich verendeten.

Obwohl einige Untersuchungen den Zusammenhang zwischen streßerzeugenden Lebensereignissen und dem Auftreten von koronaren Herzerkrankungen nachweisen (Rahe & Romo, 1974), konnte dieser Zusammenhang nicht immer bestätigt werden (Hinkle, 1974) und steht deshalb noch weiter zur Diskussion (Andrews & Tennant, 1978; Dohrenwend & Dohrenwend, 1978; Rahe & Arthur, 1978). Die unterschiedlichen Ergebnisse weisen darauf hin, daß es recht naiv ist anzunehmen, Lebensereignisse übten denselben Einfluß auf alle Personen in allen Situationen aus (Matthews & Glass, 1981); vielmehr sollten die Faktoren herausgearbeitet werden, unter deren Bedingungen Lebensereignisse einen Einfluß auf die Gesundheit des Herzens haben.

Ergebnisse verschiedenster Studien haben die folgenden Risikofaktoren zur Diskussion gestellt:

(1) Alter, das heißt, ältere Personen sind gefährdeter;

(2) Geschlecht, das heißt, Männer sind eher herzinfarktgefährdet als Frauen;

(3) Erhöhter Cholesterin- und Fettspiegel;

(4) Erhöhter Blutdruck;

(5) Starker Zigarettenkonsum;

(6) Diabetes mellitus;

(7) Erblich bedingte Konstitution;

(8) Übergewicht;

(9) Bewegungsmangel;

(nach Glass & Carver, 1980).

Trotzdem konnte auch die beste Kombination von solchen Risikofaktoren nicht immer die Verursachung von Infarkten hinreichend erklären; aus diesem Grunde wurde auch untersucht, ob es eine "Herzinfarktpersönlichkeit" gibt (Suls, Gastorf, & Witenberg, 1979). Manche Wissenschaftler hatten schon recht früh auf bestimmte Persönlichkeitscharakteristiken hingewiesen, die in Verbindung mit Kreislauferkrankungen stehen können. Von Dusch (1868), zum Beispiel, bemerkte, daß Individuen mit lauter Sprache und übermäßigen Arbeitsgewohnheiten besonders anfällig für Kreislauferkrankungen wären. Osler (1910) stellte fest, daß der typische Koronarpatient "(is) robust..., vigorous in mind and body..., (a) keen and ambitious man..., whose engine is always at full speed ahead" (zitiert nach Surwit, Williams, & Shapiro, 1982, S. 93-94).

Spätere empirische Persönlichkeitsstudien, in denen Koronarpatienten mit Kontrollgruppen verglichen wurden, haben

gezeigt, daß koronarerkrankte Personen höhere Persönlichkeitswerte in Aggressivität (Schonecke, Schuffel, Schafer, & Winter, 1977; Siltanen, 1975), Angst und Emotionalität (Jenkins, 1971; Segers, Nertens, & Vestersager, 1973), Überaktivität, Wettbewerbslust und übermäßiges Arbeitsschaffen (Howard, Cunningham, & Rechnitzer, 1976; Romo, Siltamem, & Theorell, 1974; Thiel, Parker, & Bruce, 1973; Van Dijl, 1975) zeigen. Desweiteren glaubten Rosenman, Friedman, Straus, Jenkins, Zyzanski, & Wurm (1964) eine Typologie der Herzinfarktpersönlichkeit ("Typ A") gefunden zu haben, die gekennzeichnet ist durch "ein konstantes Verhaltensmuster, das überstarke Aktivität, andauernden Antrieb zum Erfolg, Bemühen um Bestlösungen, Gefühl von Zeitdruck, ausgeprägtes Pflichtgefühl, Ungeduld und Angespanntheit umschließt" (Lehr & Thomae, 1980, S. 295). Der Typ-A ist somit vergleichbar zu McClelland's (1976) "need for power" und anderen Persönlichkeitsstilen, wie Dominanz, Impulsivität und Soziabilität (Glass, 1977). Solche Persönlichkeiten zeigten in einer prospektiven Studie von Rosenman et al. (1964) über einen Beobachtungszeitraum von zwei bis sechs Jahren ein drei- bis fünfmal größeres Vorkommen von Herzinfarkten als eine Kontrollgruppe, die nicht diese Typologie aufwies. Außerdem wurde eine signifikante Beziehung zwischen der Typ-A Persönlichkeit und einer Anhäufung von streßreichen Lebensereignissen, sowie zwischen der Typ-A Persönlichkeit und situativen Spannungen nachgewiesen (Dimsdale et al., 1978).

In anderen Untersuchungen wurden Korrelationen zwischen den "Typ-A Merkmalen" und den klassischen Risikofaktoren, wie

erhöhten Blutdruckwerten, höheren Cholesterin- und Triglyceridwerten nachgewiesen (Howard, Cunningsham, & Rechnitzer, 1976; Thiel, Parker, & Bruce, 1973; Wardwell & Bahnson, 1973).

Die Ergebnisse der Rosenman-Studien wurden aber auch kritisiert (Lehr & Thomae, 1980): "Schwerwiegende methodische Mängel wurden vorgeworfen, vor allem die Tatsache, daß die Autoren selbst nicht nur die Interviews, sondern auch die Verhaltensbewertungen durchführten. Dadurch wurde unkontrollierbaren Versuchsleitereffekten Tor und Tür geöffnet" (Lehr & Thomae, 1980, S. 295). In einer Überprüfung durch Keith, Lown, & Stare (1965) zeigte sich keinerlei Zusammenhang zwischen der Zuordnung zu den Verhaltenstypen nach Rosenman und der Diagnose "Koronarpatient;" bei der Hälfte der Koronarpatienten ließen sich Typ-A Merkmale nachweisen, zwischen Typ-A und erhöhtem Cholesterinspiegel gab es keine Beziehung.

Neben dieser Kritik an einer Verbindung zwischen der Typ-A Charakteristik und dem Ausbruch von Herzkrankheiten haben zwei Forschungsprojekte, nämlich die "Multiple Risk Factor Intervention" Untersuchung (Benfari, 1981) und die "Aspirin Myocardial Infarction Study" (AMIS, 1980), eine Beziehung zwischen Typ-A Verhaltensweisen und einem Herzinfarkt nicht bestätigen können und deuten auf ein "fading signal" (Lenfant & Schweizer, 1985) dieses Phänomens. Das theoretische Konzept des Typ-A erfährt seitdem eine Änderung dahingehend, daß bestimmte Persönlichkeitskomponenten, wie "hostility" (Lenfant & Schweizer,

1985) und "Zynismus" (Costa, 1985) eine größere Rolle zu spielen scheinen als die globale Type-A Dimension.

Nur wenige Untersuchungen haben bisher standardisierte psychologische Meßverfahren zur Beschreibung einzelner Persönlichkeitsdimensionen angewandt (Stern, Pascale, & McLoone, 1976; Ostfeld, Lebovitz, Shekelle, & Paul, 1964). Stocksmeier (1975) setzte neben Interviews eine Testbatterie ein, um verschiedene Gruppen von Infarktpatienten und anderen Erkrankungen mit gesunden Kontrollgruppen zu vergleichen: bei der Anwendung der Persönlichkeitstests konnte er zwischen Herzinfarktpatienten und anderen Krankheitsgruppen keine wesentlichen Persönlichkeitsunterschiede nachweisen: "Es läßt sich mit Sicherheit feststellen: Die 'Herzinfarktpersönlichkeit' gibt es mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht. Wohl aber differenzieren bestimmte Persönlichkeitszüge des Chronisch-Kranken von solchen der Gesunden (Stocksmeier, 1975, S. 106).

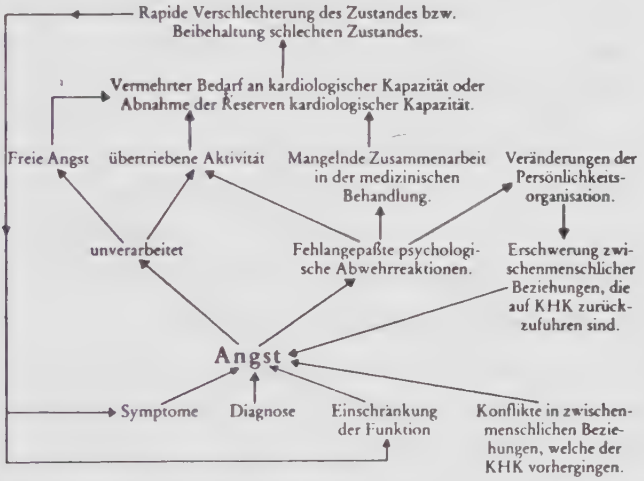
Bei den Untersuchungen zu koronaren Erkrankungen sind aber auch situationsspezifische Variablen zu beachten. Als ein Faktor wird in der neueren Literatur immer wieder die Rolle der Angst als situationsspezifische Primärreaktion hervorgehoben (Lehr & Thomae, 1980). So hat Zohman (1973) einige emotionale Faktoren bei koronaren Erkrankungen herausgearbeitet und dabei der Angst eine Schlüsselrolle zugeschrieben (Abb. 8).

Außerdem stellte Zohman verschiedene "Streßtypen" zusammen, die besonders bei Herzinfarktpersonen eine Rolle spielen können. Die einzelnen Streßarten beziehen sich auf den Kontext von

Lebensereignissen; als herausragende Ereignisbereiche stellte Zohmann den finanziellen, den beruflichen, häuslichen, familiären

Abbildung 8

Die Angst als Schlüsselrolle
bei der Reaktion auf koronare Erkrankungen
(nach Zohman, 1973, S. 110)



und sozialen Kontext als Streßsituationen heraus. Andere Untersuchungen haben ähnliche Zusammenhänge zwischen koronaren Erkrankungen und der Arbeits- und Familiensituation hergestellt (Liesse, Van Imschoot, Lauwers, & Mertens, 1976; Lundberg, & Theorell, 1975; Spielberger, 1976).

Andere situative Faktoren scheinen ebenfalls einen Einfluß auf die hohe Inzidenzrate von Koronarerkrankungen zu haben, so

eine höhere Statusinkongruenz (etwa durch niederen Status des Ehemannes, verglichen mit dem seiner eigenen Familie und dem der Familie seiner Frau bedingt; Shekelle, Ostfeld, & Paul, 1969), häufigen Stellen- oder Ortswechsel (Syme, Hyman, & Enterline 1968; Theorell & Rahe, 1971), Unzufriedenheit mit dem eigenen Leben im familiären und beruflichen Bereich (Medalie, Snyder & Groen, 1973; Theorell & Rahe, 1972) und finanziellen Problemen (Floderus, 1974). Nach Siegrist (1981) fand sich eine hochsignifikante Beziehung zwischen dem Erleben beruflicher Belastung (Zeitdruck, Lärm, Hitze), spezifischer Reaktionen auf diese Belastung einerseits und dem Eintreten eines Herzinfarktes andererseits (vgl. auch Glass, 1977).

Bei der Untersuchung von Herzinfarktpatienten wird auch Nachdruck auf die Bedeutung von Bewältigungsmechanismen gelegt. Dabei gibt es einige Untersuchungen, die zu beweisen suchen, daß Verleugnen ("denial") als Abwehrmechanismus eine optimalere Art der Auseinandersetzung sei als jegliche aktive Auseinandersetzung (Hackett & Cassem, 1973). Auch bei anderen Krankheitsbildern sei Verleugnen der Problematik eine durchaus zu empfehlende Strategie (Cohen & Lazarus, 1973; Houston, 1971; Naditch, 1975).

Hackett und Cassems Modell (1973) versucht zu zeigen, daß ein Verleugnen der Krankheit weniger Angst erzeugt und deshalb eine schnellere Rehabilitation ermöglicht. Dieser Nachweis könnte jedoch bei längerdauernden Nachfolgeuntersuchungen nicht bestätigt werden. Krantz (1980) weist sogar darauf hin, daß Verleugnen zwar ein angebrachter Coping-Mechanismus sei, um mit dem täglichen Streß im Krankenhaus fertigzuwerden, daß auf

längere Sicht das Verleugnen zum Nachteil werden könne: "But in the long-term, patients may endanger their chances of recovery by ignoring medical recommendation which are important for satisfactory rehabilitation" (Krantz, 1980, S. 29).

Cromwell, Butterfield, Brayfield, & Curry (1977) untersuchten die Faktoren Information, Teilnahme und Verschiedenheit der Bewältigungsmöglichkeiten auf die Gesundung von Herzpatienten. Patienten in der "high information group" wurden mit Tonbändern und Literatur über Aspekte von Ursache, Physiologie und Behandlung bei Herzinfarkten informiert.

Personen in der "high participation group" durften selber die Monitore bedienen, wenn ein entsprechendes Symptom dies erforderte, und Personen in der "high diversion group" hatten Zugang zu Fernsehen, Lesematerial und der Bücherei.

Die Ergebnisse zeigten, daß Information nur in Verbindung mit erhöhter Teilnahme und Aktivitätsmöglichkeiten zu einer schnelleren Erholung führten. Wenn Patienten lediglich hohe Information bekamen, aber geringe Partizipationsmöglichkeiten bei weniger Gelegenheit für Aktivitäten, dann dauerte die Erholungsphase länger an. Dieses Ergebnis, auch als "information-coupling" umschrieben, weist darauf hin, daß in den Fällen, in denen dem Patienten der Schweregrad ihrer Krankheit erklärt wird, auch die Möglichkeiten bestehen sollte, sich aktiv mit seiner neuen Situation auseinanderzusetzen.

Es ist schließlich noch darauf hinzuweisen, daß bei den meisten der "Verleugnungsstudien" das Maß an Erholung an der Dauer von Krankenhaustagen gemessen wurde (Cohen & Lazarus,

1973). Nun ist aber auch denkbar, daß Verleugner dem Arzt eher eine Gesundung vortäuschen, während Informationssuchende durch ihre Gespräche und Problemverarbeitung "symptomverdächtiger" erscheinen (Krantz, 1980).

6. Fragestellung

Mit dieser Untersuchung soll mehreren Fragen nachgegangen werden, die aus dem oben dargestellten Forschungsstand erst teilweise oder gar nicht beantwortet worden sind:

(1) Welche Antezedenzmerkmale lassen sich retrospektiv in Verbindung mit dem Auftreten eines Herzinfarktes bringen? Das Augenmerk soll dabei besonders auf Personenmerkmale im allgemeinen und Persönlichkeitsfaktoren im besonderen gelegt werden.

(2) Welche Lebensereignisse traten in einem festgelegten Zeitraum vor dem Infarkt auf? Diese Frage beschäftigt sich vor allem mit den verschiedenen Lebensbereichen, in die kritische Ereignisse fallen.

(3) Wie wird der Herzinfarkt aus subjektiver Sicht erlebt? Die Untersuchung der kognitiven Repräsentanz legt ihren Schwerpunkt vor allem auf die Bedeutungsdimension. Neben einer allgemeinen Beschreibung des subjektiven Erlebens wird untersucht werden, ob sich die oben schon beschriebenen Dimensionen der kognitiven Repräsentanz unter dem latenten Faktor der Bedeutungshaftigkeit zusammenfassen lassen.

(4) Welche Bewältigungsmechanismen herrschen nach dem Auftreten eines Herzinfarktes vor. Auch hier soll neben einer Beschreibung von allgemeinen Daseinstechniken der Versuch unternommen werden, die Zahl vielfältiger Strategien der Auseinandersetzung mit dem Infarkt mittels faktorenanalytischer Verfahren zu reduzieren und somit latente Faktoren zu erhalten.

(5) Nach der allgemeinen Beschreibung einzelner Segmente des Lebensereignisprozesses soll der Versuch unternommen werden, einige Variablen direkt in Verbindung zu setzen. Es ist daran gedacht, vor allem einen empirischen Bezug zwischen Persönlichkeitsvariablen und Daseinstechniken herzustellen. Dieser Schritt scheint deshalb besonders wichtig zu sein, da die Frage, ob Coping und Persönlichkeit überhaupt konzeptuell etwas anderes sind, noch nicht geklärt ist. Ein strukturelles Modell zu erarbeiten, welche Beziehung zwischen Persönlichkeit und Daseinstechniken besteht und ob sich Daseinstechniken von Persönlichkeitszügen vorhersagen lassen, ist ein Hauptanliegen dieser Untersuchung.

(6) Schließlich soll der Hauptmerk in einem kulturellen Vergleich zwischen einer amerikanischen und einer westdeutschen Stichprobe bestehen. Allzuoft werden amerikanische Forschungsergebnisse kritiklos auf den deutschen Kulturkreis übertragen, wo differenzierende Schlußfolgerungen bei weitem angebrachter erscheinen. Diese Arbeit will deshalb versuchen, die interkulturellen Ähnlichkeiten und Unterschiede im Erleben von Lebensereignissen, der subjektiven Sicht nach dem Auftreten des Herzinfarktes, der Persönlichkeit und der Daseinstechniken herauszustellen.

II. Empirische Untersuchung

1. Verfahren

Um die oben angeführten Fragestellungen zu untersuchen, wurden die folgenden Verfahren angewandt: die PERI-Life-Events Scale (Dohrenwend et al., 1978), der Persönlichkeitsfragebogen 16 PF (Cattell, 1956), ein halbstrukturiertes Interview, beziehungsweise Fragebogen zur Erfassung der kognitiven Repräsentanz und Daseinstechniken, sowie der Life-graph (Bourque & Back, 1977).

1.1 PERI Life Events Scale

Die PERI Life Events Scale ist das zur Zeit ausführlichste und am besten strukturierte Instrument zur Erfassung von Lebensereignissen.

Die einzelnen Items wurden ins Deutsche übersetzt und mit einer Anleitung versehen. In der englischen und deutschen Fassung wurde von den Untersuchungspersonen außerdem eine Einschätzung der eingetroffenen Ereignisse auf positives/negatives Erleben (vgl. Paykels "Wünschbarkeitsskala," Paykel et al., 1969) vorgenommen. Die vollständige Form der deutschen und englischen Fassung findet sich im Anhang 1.

1.2 Der Persönlichkeitstest 16 PF

Bei der Wahl eines Persönlichkeitstests fiel die Entscheidung auf den 16 PF (Cattell, 1956). Ein Grund dafür lag in der Tatsache, daß die Versuche in zwei Kulturkreisen (USA und Bundesrepublik Deutschland) durchgeführt werden sollten. Es gibt

aber nur wenige Persönlichkeitstests, die normiert in englischer und deutscher Sprache vorliegen; der 16 PF war einer davon.

Der 16 PF besteht aus fünfzehn Persönlichkeitsskalen und einer allgemeinen Intelligenzskala. Er ist sowohl in Forschung und Praxis ein oft verwandtes Instrument. Die Test-Retest Reliabilität für diesen Fragebogen ist zufriedenstellend. Für die beiden Testformen A und B betrug die Korrelation für die Wiederholungsmessungen nach Zeitintervallen von zwei und sieben Tagen zwischen .45 und .93 (Median: .81). Nach zwei Monaten betrug die Korrelation der Testresultate zwischen .63 und 0.88 (Median: .78).

Die Validität der Persönlichkeitsfaktoren ist nur indirekt bestimmt worden. Der eingehenste Ansatz zu dieser Frage wurde durch Kriterien, wie akademisches Vorwärtskommen und Zufriedenheit am Arbeitsplatz bestimmt. Die Validitätskoeffizienten lagen bei .50 für akademisches Vorwärtskommen und .40 für die Zufriedenheit am Arbeitsplatz.

Kriterien für die diskriminante Validität sind in diesem Testinstrument im großen und ganzen erfüllt. Die Korrelationen der Skalen C, O und Q4 überschreiten allerdings den Wert .67. Konvergierende Validität zwischen den einzelnen Faktoren des 16 PF und des MMPI sind durchschnittlich für einige Faktoren (zwischen .62 und .74 für die Faktoren C, G, O, Q3 und Q4 im Vergleich zu den Skalen A, F, Pt und Sc für den MMPI; Cattell & Bolton, 1969). Die Normen des 16 PF basieren auf großen Stichproben von High School Schülern, Studenten und einer Allgemeinbevölkerung, und zwar getrennt nach Männern und Frauen

und als gesamte Population. Diese sehr ausführlichen Normen kennzeichnen die Stärke des Instrumentes, besonders da für die Allgemeinbevölkerung nach Alter differenziert werden kann.

Obwohl einige Schwächen dieses Persönlichkeitsinstrumentes deutlich sind (ungenügende Werte für die Faktorenvalidität, mäßige Beschreibung der Standardisierung), scheint es doch für diese Untersuchung angebracht zu sein, besonders da dieses Instrument im Vergleich zu anderen geläufigen Verfahren gut abschneidet (Bolton, 1978). "In conception and design, the 16 PF is unique, and a priori may well be the best personality inventory there is" (Rorer in Buros, 1972, S. 333).

Für die Auswahl des 16 PF war außerdem entscheidend, daß schon eine Herzinfarktstudie vorliegt, bei der der 16 PF angewandt wurde (Ostfeld et al., 1964). Die Ergebnisse daraus zeigten, daß die folgenden acht Faktoren mehr oder weniger weit aus dem Normbereich fallen:

(1) A Schizothymie
(2) C Neurotische Emotionalität
(3) E Unterordnung
(4) F Pessimismus
(5) L Mißtrauen
(6) O Neigung zu Schuldgefühlen
(7) Q1 Konservatismus
(8) Q2 Selbstgenügsamkeit

1.3. Exploration

Zur Erfassung der kognitiven Repräsentanz und der Daseinstechniken wurden für die deutsche und für einen Teil der amerikanischen Stichprobe eingehende Explorationen durchgeführt.

Die Teilnehmer der Untersuchung wurden gebeten, ihre Erfahrungen mit dem Herzinfarkt und der damit verbundenen Situation zu beschreiben, wie der Infarkt sie beeinflußt hat, ob und unwiefern er ihr Leben eingeschränkt oder erweitert und ob sie dieses kritische Ereignis als bedrohlich oder weniger bedrohlich, als Herausforderung oder weniger als Herausforderung wahrnahmen. Außerdem wurden die Teilnehmer darüber befragt, ob sie den Herzinfarkt antizipiert und ob sie ihn als Überraschung empfunden hatten. Schließlich wurden noch die Bedeutung dieses Ereignisses und die Anteilnahme der Umwelt exploriert. Der Explorationsleitfaden findet sich im Anhang 2.

Die Fragen zur kognitiven Repräsentanz bezogen sich also direkt auf einige der Dimensionen, die schon an anderer Stelle diskutiert worden sind. Bei der Auswertung zur kognitiven Repräsentanz wurde ein Beurteilungsschema verwandt, bei dem die entsprechenden Dimensionen auf siebenstufigen Skalen eingeschätzt wurden. In Anlehnung an Lehr (1980) wurde eine Begriffsbestimmung zu allen Dimensionen mit einer Nennung von Beispielen vorgenommen (Tab. 6).

Tabelle 6

Bestimmung der Dimensionen zur kognitiven Repräsentanz

---

1. Negatives Erleben — Positives Erleben

des Herzinfarktes in Hinblick auf Gesundheit, Partnerschaft, soziale Situation, berufliche Situation, Wohnsituation...

"Jetzt muß ich Vieles aufgeben..."

"Mir wird jetzt erst klar, wie hektisch ich gelebt habe."

2. Einengung — Ausweitung

im Erleben des Lebensraumes nach dem Herzinfarkt.

"Ich kann jetzt nicht mehr so viel Sport treiben."

"Ich finde jetzt mehr Zeit für mich selber."

3. Fremdverursachung — Selbstverursachung

bei der Herbeiführung des Herzinfarktes

"Das ist durch die Operation gekommen."

"Ich habe mich in zu viel Streß gestürzt."

4. Unveränderbarkeit — Veränderbarkeit

Erleben als Ausgeliefertsein der Situation oder Erleben als Meistern der Situation

"Da kann man nichts mehr dran machen."

"Das muß ich doch selbst in die Hand nehmen."

5. Niedrige Antizipation — Hohe Antizipation

Nie an einen Herzinfarkt gedacht oder immer schon geahnt

"Da hab ich nie dran gedacht, nie!" — "Ja, doch, das habe ich schon mal gedacht."

6. Geringe Kongruenz — Hohe Kongruenz

Es kam völlig anders als erwartet, oder es kam genau so wie erwartet

"Dann war das aber doch ganz plötzlich" (hohe Antizipation) — "Das war dann überhaupt nicht mehr überraschend" (hohe Antizipation)

7. Geringe Bedeutsamkeit — Hohe Bedeutsamkeit

Herzinfarkt als unwichtig erlebt, inneres Berührtsein gering oder Herzinfarkt als wichtig erlebt, hohe persönliche Bedeutung

"Der Infarkt berührt mich eigentlich nicht sehr." — "Der bedeutet, daß ich nicht mehr derselbe bin."

8. Emotionale Anteilnahme der Umwelt — Emotionale Anteilnahme der Umwelt

Umwelt nach dem Herzinfarkt gelassen oder stark betroffen

"Meine Frau hat das sehr gelassen aufgenommen." — "Die war geschockt!"

9. Geringe Herausforderung — Hohe Herausforderung

Situation nach dem Herzinfarkt kann nicht durch eigenen Einsatz gemeistert werden, oder die neuen Anforderungen bieten eine echte Chance zur Meisterung

"Da kann man überhaupt nichts machen." — "Jetzt kann man langsam wieder anfangen, seine Leistungsfähigkeit zu steigern."

10. Schwache Bedrohung — Starke Bedrohung

Neue Situation als weniger gefährlich/beängstigend erlebt oder als besonders gefährlich/beängstigend

"Ich glaube nicht, daß mich der Herzinfarkt besonders bedrückt. Das wird schnell normal."

"Man hat immer Angst, ob nicht noch ein zweiter Infarkt folgt."

Für die Mehrzahl der amerikanischen Teilnehmer der Untersuchung wurden keine Explorationen durchgeführt, da die große Stichprobe den Zeit- und Kostenaufwand überschritten hätte. Aus diesem Grunde wurde ein Fragebogen konstruiert, der die Aspekte der kognitiven Repräsentanz erfassen sollte. Den einzelnen Fragen der oben beschriebenen Dimensionen folgte jeweils eine siebenstufige Likert-Skala, auf der die Untersuchungspersonen ein Selbstrating vornehmen sollten. Der Fragebogen findet sich im Anhang 3.

Nach den gesamten Aussagen der Exploration, die auch Fragen zur Zukunft, besonders in Bezug zu Familie und Beruf erfaßten, wurde für die deutsche Stichprobe und einen kleinen Teil der amerikanischen Stichprobe eine Beurteilung der Daseinstechniken vorgenommen. Beim Abhören oder Lesen der Explorationen wurde eine Beurteilung nach folgendem Schema vorgenommen:

1 - Daseinstechnik mit Sicherheit nicht vorhanden;

2 - Daseinstechnik nicht feststellbar; Möglichkeit kann aber nicht ausgeschlossen werden;

3 - Daseinstechnik vermutlich vorhanden;

4-7 Daseinstechnik in verschiedener Ausprägung vorhanden.

Die für die Untersuchung ausgewählten Daseinstechniken werden hier noch einmal mit Beispielen aufgeführt (Tab. 7). Lediglich die letzte Bewältigungstechnik ("Streben nach vermehrter Information") wurde den von Lehr (1980) aufgeführten Techniken der Daseinsbewältigung hinzugefügt.

Tabelle 7

Daseinstechniken mit Beispielen

Sachliche Leistung

Aktive Bewältigung der Situation

"Ich werde weniger essen und mehr Sport treiben."

Aktivitätssteigerung

Flucht in die Aktivität, zum Teil planlos und ziellos

"Ja, irgendwann muß schließlich etwas unternommen werden; ich werde mich gehörig umstellen müssen, das wollen wir doch einmal sehen."

Verwirklichung eigener Bedürfnisse

"Ich werde jetzt endlich einmal an mich denken, mir mehr Ruhe gönnen."

Selbstreflektion

Nachdenken über sich selbst

"Ich komme jetzt mehr dazu, über mich selbst nachzudenken."

Durchprobieren von Möglichkeiten

"Ich muß mal sehen, welche Möglichkeiten sich mir bieten. Irgendwie muß ich mir eine ausgleichende Beschäftigung suchen."

Aufgreifen von Chancen

"Als erstes werde ich mir ein Fahrrad kaufen."

Appell an die Hilfe anderer

"Ich erwarte, daß meine Frau jetzt das Essen umstellt."

Sich verlassen auf andere

"Ich habe einen guten Arzt, auf den kann man sich verlassen."

Pflege und Stiftung sozialer Kontakte

"Jetzt werde ich mehr Zeit für die Familie finden."

Korrektur der Erwartungen

Quantitative und qualitative Korrektur; Veränderung im Anspruchsniveau.

"Bei der Arbeit werde ich jetzt kürzer treten; man muß einfach noch mehr delegieren."

Durchsetzen eigener Wünsche und Bedürfnisse

"Ich muß jetzt erst einmal an mich denken, und die anderen müssen sich eben danach richten."

Innere Distanzierung von der Situation

Nicht wahrhaben wollen (Verleugnen)

"Ich kann das immer noch nicht glauben, das kommt mir vor wie ein böser Traum."

Akzeptieren der Situation so wie sie ist

"Man muß lernen, mit dem Herzinfarkt zu leben."

Situation den Umständen überlassen

"Man muß erst sehen, wie sich das entwickelt, und dann muß man sich nach dem jeweiligen Zustand richten."

Hoffnung auf Wende

"Das wird alles besser werden, das hat mir auch der Arzt gesagt."

Niedergeschlagenheit, Depression, Hoffnungslosigkeit

"Ich weiß nicht, was ich jetzt machen soll."

Identifikation mit den Zielen und Schicksalen anderer

"Wenn ich mir so die anderen aus unserer Gruppe anschaue."

Evasive Reaktion

Sich zurückziehen, aus dem Felde gehen

"Ich muß jetzt erst einmal Abstand gewinnen."

Abwertung anderer

Anderen die Schuld geben

"Wenn mein Arzt mir gesagt hätte, daß ich zu hohen Blutdruck habe, dann wäre es wahrscheinlich gar nicht zum Herzinfarkt gekommen."

Äußerung von Beschwerden im psychophysischen Wohlbefinden

"Ich bin jetzt immer so unruhig."

Intellektuelle Abwertung

"Man darf das alles nicht so ernst nehmen."

Streben nach vermehrter Information

"Es sagt ja niemand, was man machen darf, was man lassen soll."

Wie schon bei der kognitiven Repräsentanz wurde für den Großteil der amerikanischen Stichprobe ein Fragebogen zusammengestellt. Bei der Auswahl der Items lag der Schwerpunkt auf Lazarus' "Ways of Coping List" (Lazarus & Folkman, 1984), obwohl das Hauptmerk darauf lag, Items zu finden, die den oben beschriebenen Daseinstechniken am ehesten entsprechen. So wurden insgesamt 75 Items gewählt, wobei jeweils drei Items den 25 Kategorien zugeordnet wurden. Eine Zusammenfassung dieser Zuordnung und des Coping Fragebogens finden sich im Anhang 4.

1.4. Life Graph

Um die Lebensereignisse in den Gesamtrahmen des Lebenslaufes stellen zu können, wurden die Versuchspersonen gebeten, eine Lebenslinie zu zeichnen (Bourque & Back, 1977). Ein Exemplar dieses Verfahrens findet sich im Anhang 5.

Manche Untersuchungspersonen zogen es vor, die Lebenslinie in ausführlicher Weise zu Hause zu zeichnen, während andere lieber sofort die Zeichnung anfertigen wollten. Die Durchführung wurde deshalb den einzelnen Umständen überlassen.

Teilnehmer der Untersuchung

Insgesamt wurden 253 Personen in die Untersuchung einbezogen, 156 Herzinfarktpatienten und 97 Kontrollpersonen. Nicht bei allen Versuchspersonen konnten jedoch die oben beschriebenen Verfahren angewandt werden. Auch hier lagen Einschränkungen vor, die durch den täglichen Rhythmus in einem Rehabilitationszentrum oder Krankenhaus bestimmt werden und denen man sich gezwungenermaßen anpassen muß. Deshalb soll hier zunächst eine Auflistung über die Größe der Stichprobe gegeben werden, und zwar aufgeschlüsselt nach Untersuchungseinheiten (Tab. 8).

Tabelle 8

Stichprobengröße, aufgeschlüsselt nach Untersuchungseinheiten

	HI.-gruppe	Ko. gruppe	Insgesamt
PERI-LE-Liste	126	96	222
16 PF	127	76	203
Kognitive Repräsentanz	141	--	141
Daseins-techniken	142	--	142

Die Herzinfarktgruppe wurde zum großen Teil in einer deutschen Rehabilitationsklinik erfaßt, in die Herzinfarktpatienten in der Regel direkt nach dem Krankenhausaufenthalt eingewiesen werden. Ähnlich wurde die amerikanische Stichprobe im Rahmen eines Rehabilitationsprogramms gewonnen. Die einzelne Stichprobenverteilung der Herzinfarktgruppe ist aus Tabelle 9 zu entnehmen.

Tabelle 9

Stichprobenverteilung der Herzinfarktgruppe

Art der Stichprobe	Größe der Stichprobe
Rehabilitationsklinik - Deutschland	50
Rehabilitationsgruppe/Selbsthilfe-Sportgruppe - Deutschland	10
Kurklinik - Deutschland	5
Krankenhaus - Deutschland	2
Rehabilitationsgruppe - USA	77
Rehabilitationsgruppe/Sportgruppe - USA	12
	156

Die deutsche Kontrollstichprobe wurde aus einem Kurklinikum entnommen, und zwar diente das Nichtvorhandensein bekannter Risikofaktoren, insbesondere von Herzbeschwerden als Auswahlkriterium. Die untersuchten Kontrollgruppenpersonen gaben an, zur Erhaltung und nicht Wiederherstellung der Gesundheit die

Kur beantragt zu haben. Ähnlich wurde in der amerikanischen Stichprobe eine Kontrollgruppe zusammengestellt, die keine Kreislauferscheinungen oder andere Risikofaktoren aufwiesen. Die Kontrollgruppe wurde weitgehend aus einer Arztpraxis und dem Krankenhauspersonal zusammengestellt.

Im Gegensatz zu Brown, Harris & Copeland (1977) wurde hier bewußt auf eine allgemeine Bevölkerungsstichprobe verzichtet, um mögliche Effekte auszuschalten, die allein durch den Klinikaufenthalt beeinflußt werden. Die Kontrollgruppe wurde nach demographischen Daten (Geschlecht, Alter, Beruf, Status) der Herzinfarktgruppe zugeordnet.

Im folgenden soll nun für die Herzinfarktgruppe eine demographische Übersicht wesentlicher Variablen vorgenommen werden:

Tabelle 10

Demographische Übersicht wesentlicher Variablen

Alter	Häufigkeit		Prozent	
	FRG	USA	FRG	USA
unter 45 Jahren	10	6	15.1	6.7
45-49 Jahre	10	13	15.1	14.6
50-54 Jahre	16	15	24.2	16.9
55-59 Jahre	15	23	22.7	25.8
60-65 Jahre	5	21	7.6	23.6
über 65 Jahre	10	11	15.1	12.4
	66	89	99.8	100.00

Geschlecht	Häufigkeit		Prozent	
	FRG	USA	FRG	USA
Männlich	47	75	71.2	84.3
Weiblich	19	14	28.8	15.7
	66	89	100.0	100.0

Beruf	Häufigkeit		Prozent	
	FRG	USA	FRG	USA
Ungelernte Arbeiter	0	1	0.0	1.1
Angelernte Arbeiter	3	0	2.0	0.0
Facharbeiter	4	39	6.1	44.3
Angestellte	23	8	35.4	9.1
Höhere Angestellte	13	23	20.0	26.1
Selbstständig	8	3	12.3	3.4
Nicht berufstätig/ Hausfrauen	14	14	21.5	15.9
	65	88	100.0	100.0

Bildung	Häufigkeit		Prozent	
	FRG	USA	FRG	USA
Hauptschulabschluß	28	3	43.1	3.4
Mittlere Reife	19	53	29.2	59.6
Abitur	6	7	9.2	7.9
Studium	12	10	18.5	11.2
Business/Trade school	0	16	0.0	18.0
	65	89	100.0	100.0

Sozioökonomischer Status	Häufigkeit		Prozent	
	FRG	USA	FRG	USA
Stufe 1 (niedriger Status)	20	41	30.8	53.9
Stufe 2 (mittlerer, bzw. hoher Status)	23	35	35.4	46.1
Stufe 3 (hoher Status)	22	--	33.8	----

Es bleibt noch anzumerken, daß der Status einer Person mittels der Ausbildung und des Berufes errechnet wurde. Das verschiedenartige Verteilungsbild erlaubte bei der amerikanischen Stichprobe nur eine Zweiteilung, während bei der deutschen Stichprobe eine Dreiteilung angebrachter erschien.

3. Durchführung der Untersuchung

Die Durchführung der Untersuchung fand bei der deutschen Stichprobe vom 23. November 1981 bis zum 8. April 1982 im Rheinland statt, und zwar in den schon oben beschriebenen Kliniken, einer Herzinfarkt-Rehabilitationsgruppe, sowie einem Bonner Krankenhaus. Eine erste amerikanische Stichprobe wurde vom 14. Dezember 1981 bis zum 7. Januar 1982 in Davenport, Iowa erhoben, und zwar in den Privathäusern der Untersuchungspersonen oder in den Clubräumen des amerikanischen YMCA (wo der Rehabilitationsport für Herzinfarktpatienten stattfand). Die Hauptuntersuchung mit der restlichen amerikanischen Stichprobe

fand dann vom 21. Februar 1982 bis zum Frühjahr 1983 in Lebanon, Pennsylvania, statt, und zwar in den Konferenzräumen des Good Samarithian Hospital.

Es war auffällig, wie aufgeschlossen und bereitwillig die Versuchspersonen an der Untersuchung teilnahmen. Von allen angesprochenen Personen gab es nur wenige Absagen. Zwar zeigten sich die Probanden am Anfang der Untersuchungsdurchgänge etwas skeptisch, doch lockerte sich die Beziehung zum Untersuchungsleiter sehr schnell, manche Teilnehmer glaubten sogar, sich selber durch die Beantwortung von Fragen geholfen zu haben. Bei den meisten Versuchspersonen war darüberhinaus die Meinung vertreten, daß sie wenigstens anderen Menschen helfen wollten, damit der Infarkt in Zukunft besser verhütet werden kann.

Die Exploration dauerte in der Regel eine Stunde, doch gab es Schwankungen vor allem nach oben. Die Durchführung der Fragebogenuntersuchung nahm eine weitere Stunde in Anspruch.

4.Ergebnisse

Die Ergebnisse der Untersuchung sollen nach den verschiedenen Untersuchungsbereichen dargestellt werden: Ergebnisse in Bezug zur Erfahrung von Lebensereignissen, dann in Bezug zur Persönlichkeit, zur kognitiven Repräsentanz und zu den Daseinstechniken. Jeder dieser vier Abschnitte wird in drei Teile gegliedert: Ergebnisse der deutschen Stichprobe, Ergebnisse der

amerikanischen Stichprobe und Resultate aus einem direkten Vergleich zwischen der amerikanischen und deutschen Stichprobe.

4.1 Herzinfarkt und Lebensereignisse

4.1.1 Die deutsche Stichprobe

Die Ergebnisse der PERI-Life-Events Scale wurden in Bezug auf die Lebensbereiche einer multiplen Varianzanalyse und in Bezug auf die Anzahl erlebter Lebensereignisse und deren Wünschbarkeit (positive oder negative Einschätzung) einer einfachen Varianzanalyse unterzogen. In Tabelle 11 sind die Mittelwerte der einzelnen Ergebnisse und die Resultate der Varianzanalyse zusammengefaßt.

Der direkte Vergleich zwischen der deutschen Herzinfarkt- und Kontrollgruppe ergab keine signifikanten Unterschiede in der Zahl der erlebten Lebensereignisse vor dem Infarkt ($F=1.42$, $p=.24$). Beide Gruppen nannten durchschnittlich zwischen vier und fünf Ereignisse.

Auch die Unterscheidung zwischen positiven und negativen Erlebnissen ergab keine genaue Unterscheidung. Lediglich die Anzahl genannter negativer Erlebnisse zeigte einen Unterschied dahingehend, daß Herzinfarktpatienten mehr negative Erlebnisse nannten. Aufgrund der kleinen Stichprobenzahl war dieser Unterschied auf dem 5% Niveau jedoch nicht signifikant ($F=2.88$, $p=.09$).

Tabelle 11

Deskriptive und Varianzanalytische Auswertung

zu den Lebensereignisbereichen

(Deutsche Stichprobe)

	HI. grp. $\bar{x}$	Ko.-grp. $\bar{x}$	F	P
Anzahl der Lebens-ereignisse	5.5	4.2	1.42	.24
Positive Ereignisse	2.4	2.3	0.06	.80
Negative Ereignisse	3.0	1.9	2.88	.09
1. Schule/Weiterbildung	.13	.06	.16	.69
2. Arbeit	1.80	.88	3.31	.07
3. Ehe und Partnerschaft	.26	.31	.11	.74
4. Kinder	.16	.13	.09	.76
5. Familie	.34	.44	.29	.59
6. Wohnung	.32	.31	.00	.98
7. Strafrechtliches	.29	.13	1.66	.20
8. Finanzielles	.40	.19	1.62	.21
9. Soziale Aktivität	1.42	1.31	.10	.75
10. Verschiedenes	.10	.13	.84	.36
11. Gesundheit	.33	.31	.11	.74

Der größte Unterschied zwischen Herzinfarkt- und Kontrollgruppe in Bezug auf die Lebensereignisbereiche ergab sich im Bereich der Arbeit ($F=3.31$, $p=.07$), jedoch war auch dieser Unterschied auf dem 5% Niveau nicht signifikant.

4.1.2 Die amerikanische Stichprobe

Die Ergebnisse der PERI-Life-Events Scale wurden auch hier in Bezug auf die Lebensbereiche einer multiplen Varianzanalyse und in Bezug auf die Anzahl erlebter Lebensereignisse und deren Wünschbarkeit einer einfachen Varianzanalyse unterzogen. In Tabelle 12 sind alle entsprechenden Ergebnisse zusammengefaßt.

Der Tabelle 12 ist zu entnehmen, daß grundsätzlich nicht mehr Lebensereignisse für die Herzinfarktgruppe als für die Kontrollgruppe auftraten. Der Mittelwert weist hier sogar einen höheres Maß an erlebten Ereignissen für die Kontrollgruppe auf. Wenn man die erlebten Ereignisse jedoch nach der Wünschbarkeit unterscheidet, dann läßt sich feststellen, daß die Kontrollgruppe die erlebten Ereignisse als positiver wahrnahm.

In Bezug auf die Lebensereignisbereiche ergab die multiple Varianzanalyse einen signifikanten Gesamteffekt, $F(11, 147)=2.37$, $p<.01$. Wenn man sich die einzelnen Ereignisbereiche anschaut, dann waren es besonders Erlebnisse im finanziellen und gesundheitlichen Bereich, die sich in Anzahl von der Kontrollgruppe unterschieden. Auf deskriptiver Basis ließe sich noch festhalten, daß die höchste Zahl vor Ereignissen in den

Tabelle 12

Deskriptive und Varianzanalytische Auswertung

zu den Lebensereignisbereichen

(Amerikanische Stichprobe)

	HI. grp. $\bar{x}$	Ko.-grp. $\bar{x}$	F	P	
Anzahl der Lebens-ereignisse	5.3	6.1	1.08	.30	
Positive Ereignisse	2.9	3.6	3.41	.07	
Negative Ereignisse	2.0	1.8	.72	.61	
1. Schule/Weiterbildung	.14	.10	.26	.61	
2. Arbeit	1.60	1.4	.23	.63	
3. Ehe und Partnerschaft	.30	.31	.23	.63	
4. Kinder	.10	.10	.48	.49	
5. Familie	.58	.71	1.14	.29	
6. Wohnung	.21	.31	3.71	.06	
7. Strafrechtliches	.21	.16	.00	.98	
8. Finanzielles	.59	.87	4.65	.03	*
9. Soziale Aktivität	1.28	1.48	1.84	.18	
10. Verschiedenes	.18	.29	1.03	.31	
11. Gesundheit	.55	.31	5.24	.02	*

Bereichen "Arbeit" und "Soziale Aktivitat" lagen. Darin unterschied sich die Herzinfarktgruppe allerdings nicht von der Kontrollgruppe.

4.1.3 Der kulturelle Vergleich

Die Ergebnisse des kulturellen Vergleiches sind in Tabelle 13 zusammengefaßt. Daraus läßt sich ersehen, daß die deutsche Stichprobe gleichviele Ereignisse nannte wie die amerikanische Population. Allerdings erlebten die Deutschen mehr negative Ereignisse als die Amerikaner. Was die Lebensbereiche anbetrifft, so stellten sich Unterschiede besonders in den Bereichen "Wohnung" und "Gesundheit" heraus, und zwar in der Hinsicht, daß Deutsche mehr Ereignisse im Wohnbereich erlebten, während Amerikaner signifikant mehr Ereignisse im Gesundheitsbereich nannten. Der Gesamteffekt für die Lebensereignisbereiche zeigte sich ebenfalls als signifikant, $F(11, 108)=1.97$, $p<.05$.

Tabelle 13

Deskriptive und Varianzanalytische Auswertung

zu den Lebensereignisbereichen

(kultureller Vergleich)

	FRG	USA	F	P
Anzahl der Lebens-ereignisse	5.5	5.3	.03	.85
Positive Ereignisse	2.4	2.9	.58	ns
Negative Ereignisse	3.0	2.0	4.10	.05 *
1. Schule/Weiterbildung	.13	.14	.01	.90
2. Arbeit	1.80	1.60	.71	.40
3. Ehe und Partnerschaft	.26	.30	.00	.96
4. Kinder	.16	.10	2.45	.12
5. Familie	.34	.58	1.32	.25
6. Wohnung	.32	.21	3.27	.07
7. Strafrechtliches	.29	.21	1.71	.19
8. Finanzielles	.40	.59	1.00	.32
9. Soziale Aktivitat	1.42	1.28	.67	.42
10. Verschiedenes	.10	.18	1.52	.22
11. Gesundheit	.33	.55	4.66	.03 *

4.2 Die Herzinfarktpersönlichkeit

4.2.1 Die deutsche Stichprobe

Die Auswertung des 16 PF ergab das in Abbildung 8 dargestellte Persönlichkeitsprofil. Die Herzinfarkt der deutschen Gruppe läßt sich wie folgt zusammenfassen: erhöhte Werte ergaben sich in neurotischer Emotionalität, Pessimismus, Neigung zu Schuldgefühlen und Konfliktspannung.

Signifikante Unterschiede zwischen den männlichen und weiblichen Herzinfarktpersonen zeigten sich in Bezug auf die folgenden Persönlichkeitsfaktoren: Faktor A ($F=14,69$, $p<.001$), F ($F=4.24$, $p<.05$), I ($F=4.93$, $p<.03$), L ($F=6.17$, $p<.05$), M ($F=18.96$, $p<.001$), O ($F=7.29$, $p<.01$) und Q1 ($F=11.9$, $p<.001$).

Die Faktoren der Schizothymie, Logik und des Konservatismus zeigten sich als die herausragenden Unterschiede, indem sie jeweils 28% , 33% und 24% der Varianz aufklärten. Demnach zeigen sich weibliche Probanden mißtrauicher, gleichzeitig aber praktischer und weltanschaulicher als die männlichen Herzinfarktprobanden (Abb 9).

Neben diesen Charakteristiken unterschieden sie sich von den Männern noch darin, daß sie weit warmherziger, optimistischer, realistischer, doch auch von mehr Schuldgefühlen bestimmt waren (Abb. 10).

Abbildung 8

Persönlichkeitsprofil der deutschen Herzinfarktgruppe

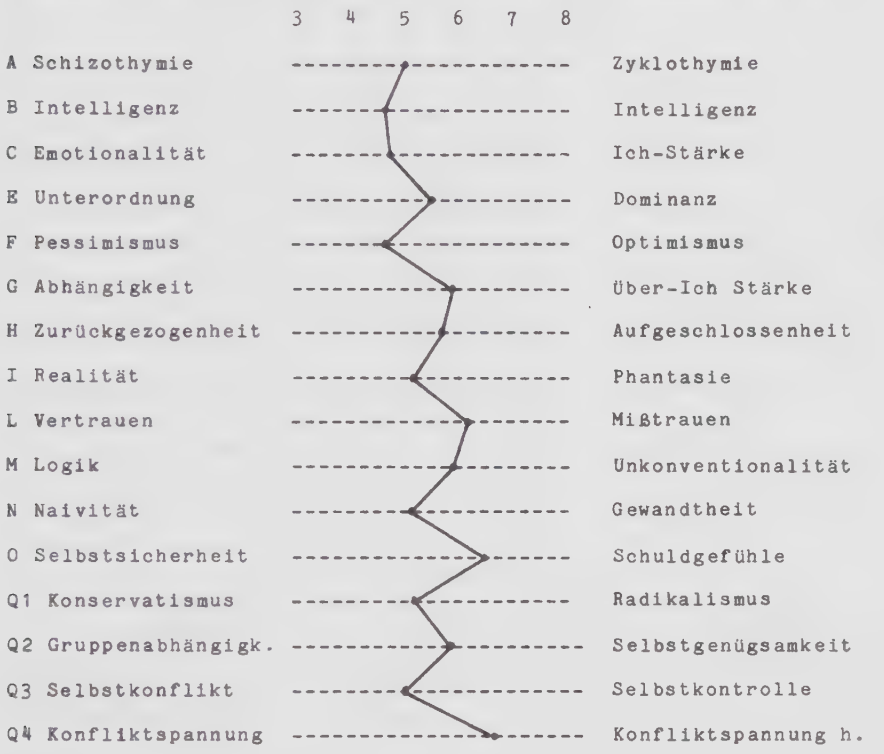
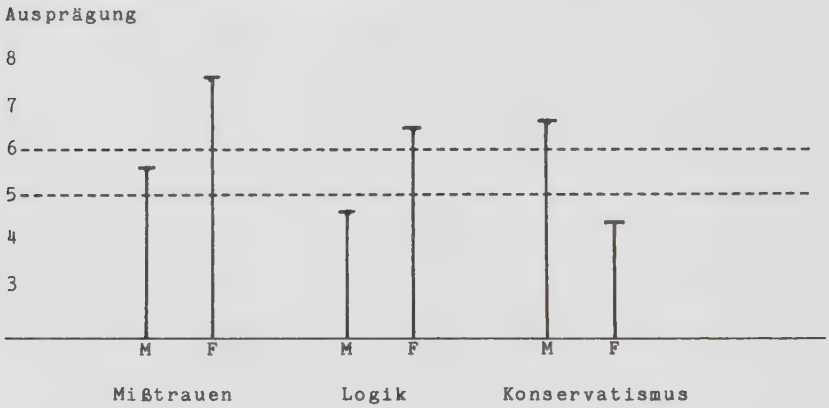


Abbildung 9

Geschlechtsunterschiede in Bezug auf

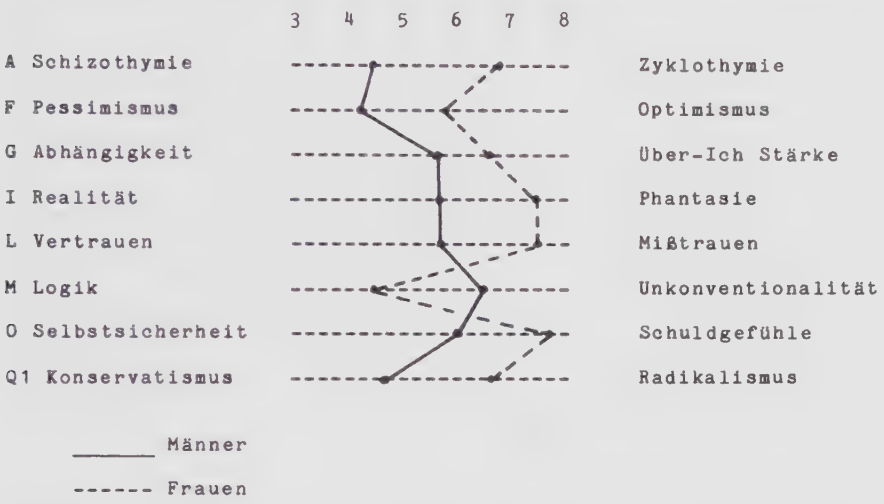
die Herzinfarktpersönlichkeit



Außer den Geschlechtsunterschieden zeigten sich auch differenzierte Ergebnisse in Bezug auf das Alter. Ältere Teilnehmer der deutschen Stichprobe waren selbstgenügsamer ($F=3.41$, $p<.04$) und gewandter ($F=2.98$, $p=.06$), dafür aber weniger ausgeprägt in Konfliktspannung ($F=3.52$, $p<.04$) (Abb.11) als die jüngeren Teilnehmer. Alle drei Faktoren erklärten jeweils ungefähr 15% der Varianz.

Abbildung 10

Profil der Herzinfarktpatienten nach Geschlecht

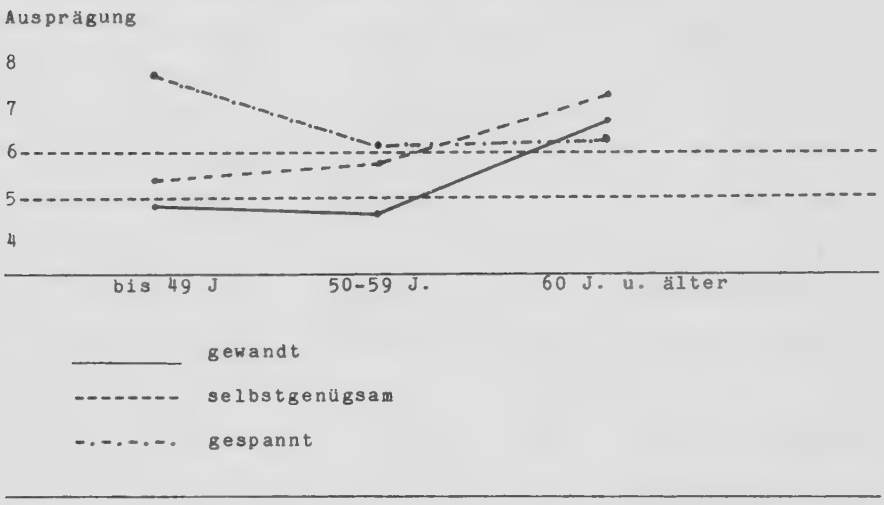


Schließlich wurden noch Unterschiede im sozioökonomischen Status in Bezug auf die Herzinfarktpersönlichkeit untersucht. Unterschiede wurden lediglich in Bezug auf Faktor H (Aufgeschlossenheit) gefunden. Untersuchungspersonen mit mittlerem Status wiesen hier einen höheren Wert auf ($x=6.4$) als Untersuchungspersonen mit hohem oder niedrigem Status ($x=5.5$ und $x=5.1$).

Abbildung 11

Altersunterschiede in Bezug

auf die Herzinfarktpersönlichkeit

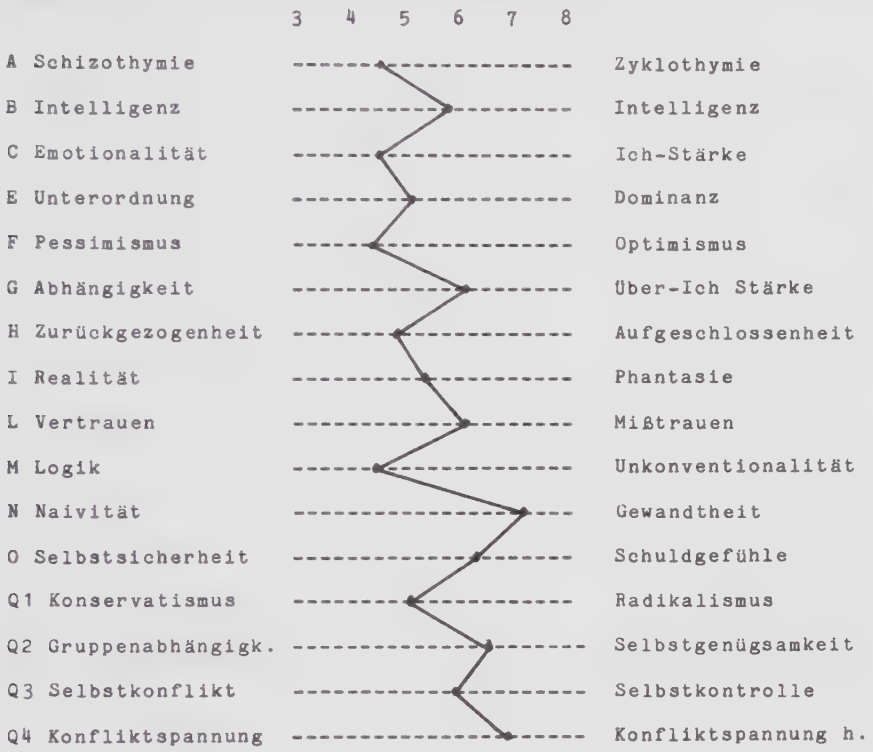


4.2.2. Die amerikanische Stichprobe

Die Auswertung des 16 PF bei der amerikanischen Stichprobe ist in Abbildung 12 zusammengefaßt. Für die amerikanische Stichprobe ergaben sich weitaus mehr Werte, die außerhalb der Norm lagen: demnach waren die Probanden der amerikanischen Stichprobe bestimmt durch erhöhte Schizothymie, emotionale Labilität, Pessimismus, Zurückgezogenheit, logischem Denken, Gewandtheit, Neigung zu Schuldgefühlen, Selbstgenügsamkeit und Konfliktspannung.

Abbildung 12

Persönlichkeitsprofil der amerikanischen Herzinfarktgruppe



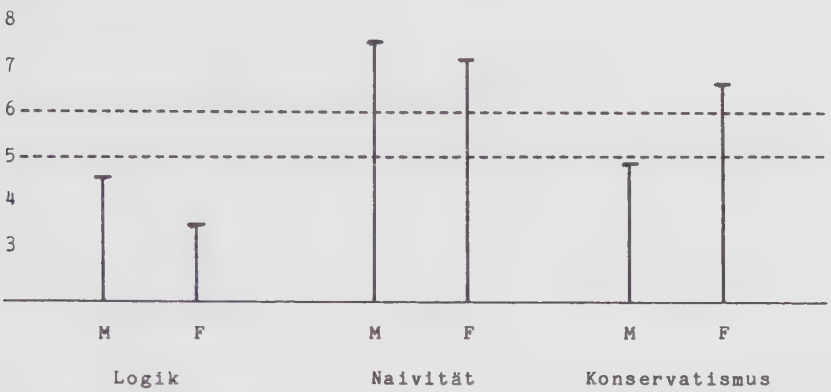
Obwohl ein direkter Vergleich zwischen amerikanischen Herzinfarktpatienten und einer Kontrollgruppe im Gesamteffekt einen fast signifikanten Unterschied erbrachten, $F(16, 145)=1.61$, $p=.07$, zeigten sich in den einzelnen Persönlichkeitsfaktoren nur geringfügig Unterschiede. Der eindeutigste Persönlichkeitsunterschied erwies sich in der Dimension "Konservatismus:" Die Kontrollgruppe zeigte sich weit konservativer als die Herzinfarktgruppe ($F=4.4$; $p<.05$).

Eine differenzierende Betrachtung läßt sich auch für die amerikanische Stichprobe anstellen: Weibliche Patienten unterschieden sich von männlichen Herzinfarktpatienten in den Persönlichkeitsfaktoren Logik ($F=6.13$, $p<05$), Naivität ($F=5.5$, $p<05$) und Konservatismus ($F=7.59$, $p<.01$). Der letzte und größte Faktor erklärt ungefähr acht Prozent der Varianz. Man kann also sehen, daß die Geschlechtsunterschiede in der deutschen Untersuchungsgruppe weitaus größer waren als in der amerikanischen Stichprobe. Ein Vergleich zwischen Männern und Frauen findet sich in Abbildung 13.

Abbildung 13

Geschlechtsunterschiede in Bezug auf

die Herzinfarktpersönlichkeit

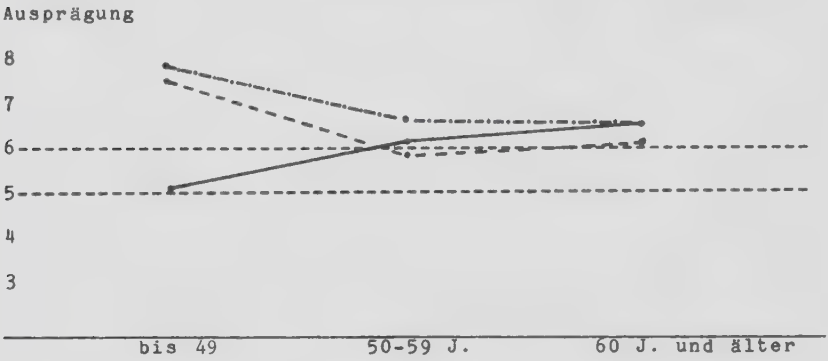


Beim Altersvergleich stellten sich Unterschiede in Bezug auf drei Faktoren heraus: Ältere Teilnehmer der Untersuchung wiesen höhere Werte auf dem Faktor Über-Ich Stärke auf ($F=3.4$, $p<.05$), während die jüngeren Teilnehmer höhere Werte auf dem Faktor Schuldgefühle ($F=4.50$, $p<.01$) und Konfliktspannung ($F=4.23$, $p<.01$) zeigten (Abb 14).

Abbildung 14

Altersunterschiede in Bezug auf

die Herzinfarktpersönlichkeit



_____ Über-Ich Stärke

------- Schuldgefühle

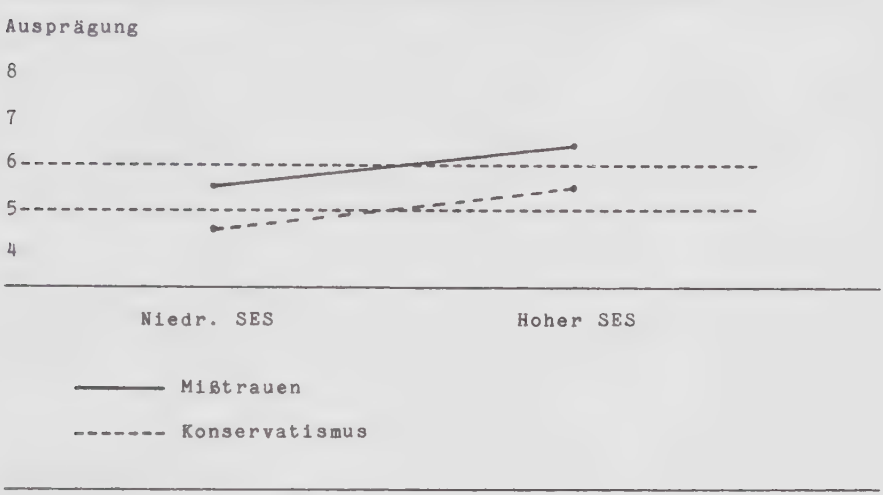
-.-.-.- Konfliktspannung

Beim Vergleich des sozioökonomischen Status schließlich stellten sich Unterschiede in Bezug zum Faktor "Mißtrauen" ($F=3.18$, $p<.5$) und Konservatismus auf ($F=3.19$, $p<.05$), wonach Personen mit hohem Status mißtrauischer waren als Personen mit niedrigem Status, letztere dafür aber konservativer als erstere (Abb. 15).

Abbildung 15

Statusunterschiedene bei Herzinfarktpatienten

der amerikanischen Stichprobe



4.2.3 Kulturvergleich der Herzinfarktpersönlichkeit

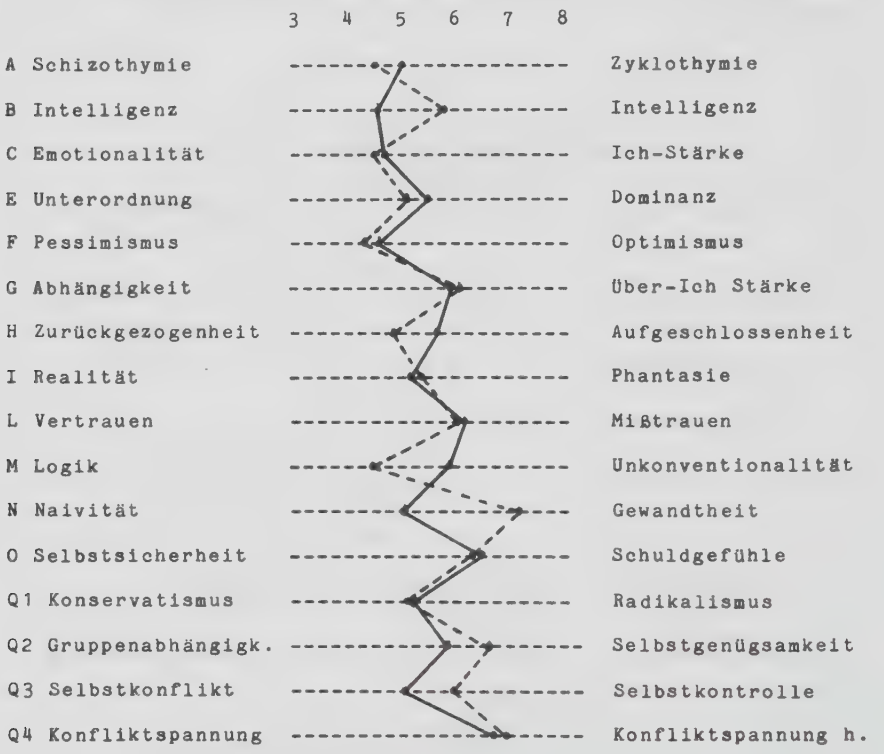
Im direkten Kulturvergleich ergab sich das in Abbildung 16 dargestellte Persönlichkeitsbild.

Die wesentlichen Persönlichkeitsunterschiede fanden sich in den Faktoren H ($F=6.4$, $p<.01$), M ($F=19.4$, $p<001$), N ($F=32.4$, $p<.001$), Q2 ($F=3.8$, $p<.05$) und Q3 ($F=8.5$, $p<.01$). Der Faktor N allein klärte 21% der Varianz auf. Die multiple Varianzanalyse ergab einen Gesamteffekt von $F(16, 109) = 5.43$, $p<.001$. Probanden der amerikanischen Stichprobe zeigten sich daher als eher geselliger, unbekümmerter, gewandter, selbstgenügsamer und kontrollierter als deutsche Teilnehmer der Untersuchung.

Abbildung 16

Persönlichkeitsprofil der

deutschen und amerikanischen Herzinfarktgruppe



4.3 Die kognitive Repräsentanz der Herzinfarktpersonen

4.3.1. Die deutsche Stichprobe

Die Einstufung der kognitiven Repräsentanz bei der deutschen Stichprobe erfolgte mit Hilfe der Interviewauswertung. Zu diesen Beurteilungen wurden Interratings durchgeführt, die mit Hilfe des Pearson Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten Vergleiche der einzelnen Beurteiler ermöglichten.

Die Korrelationen lagen - bei Auschluß der Skalen 6 (Kongruenz) und 10 (Bedrohung) - zwischen .40 und .94. Allgemein gesprochen kann also von annehmbaren bis guten Korrelationen ausgegangen werden. Die Skala 6 erbrachte Schwierigkeiten zwischen Beurteiler 1 und Beurteiler 2/3. Bei einer anschließenden Analyse der Einschätzungen des Rater 1 wurde deutlich, daß das Konzept "Kongruenz" zu Anfang der Beurteilung nicht deutlich verstanden war. Eine Korrektur der Beurteilungen wurde nicht vorgenommen.

Bei der Skala 10 (Bedrohung) spielten eher unterschiedliche Bewertungen eine Rolle. Die Auffassungen der Beurteiler, welche Aussagen als bedrohlich und welche als weniger bedrohlich einzustufen waren, gingen teilweise auseinander. Der Grund mag darin zu finden sein, daß vor allem der Gesamteffekt aus den Explorationen den Bedrohungscharakter bestimmte, die beiden Zusatzrater jedoch nur einen Teil der Tonbänder hörten, und für diese Beurteilung keine eindeutige Frage vorgesehen war.

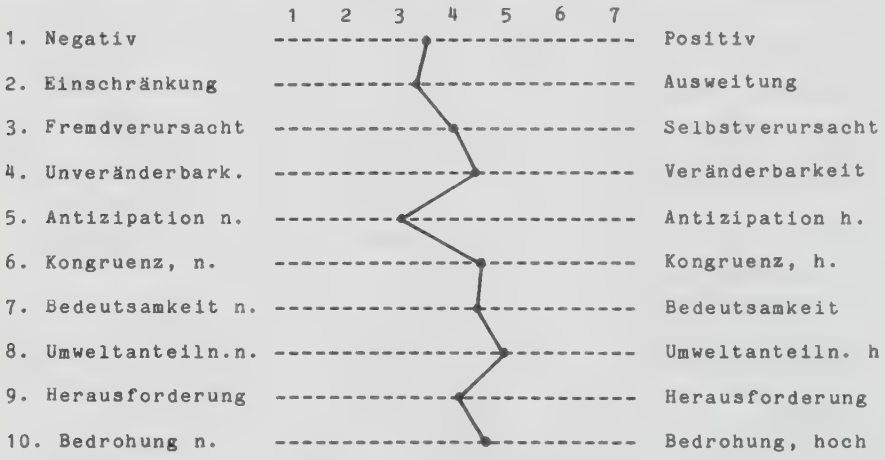
Nach den Berechnungen zur Interraterkorrelation wurden die Ergebnisse der kognitiven Repräsentanz einer multiplen

Varianzanalyse unterzogen, und zwar mit den zehn Beurteilungen als abhängige Variable und Geschlecht und Alter als unabhängige Variablen.

Zunächst soll ein allgemeines Profil der kognitiven Repräsentanz dargestellt werden. Die durchschnittlichen Beurteilungen zur kognitiven Repräsentanz sind in Abbildung 17 zusammengefaßt.

Abbildung 17

Beurteilungen der kognitiven Repräsentanz



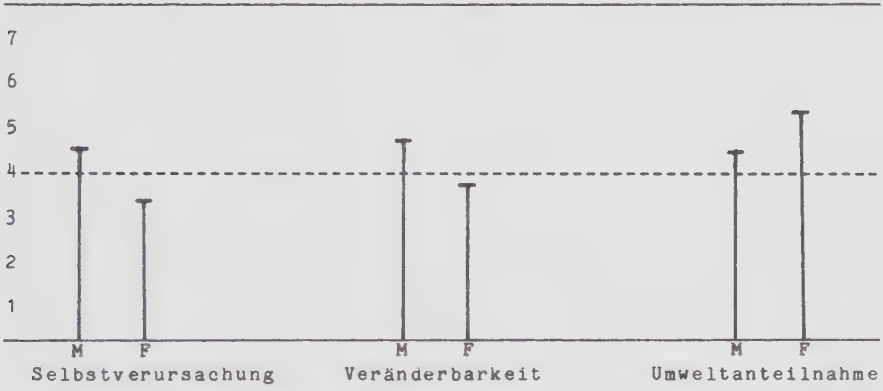
Der Herzinfarkt wird, global gesprochen, als negativ und Einschränkung gesehen und als selbstverursacht wahrgenommen. Er war in der Regel wenig antizipiert. Eine Änderung der Situation scheint wahrscheinlich und die Bedeutung des Infarktes wird als

besonders hoch eingeschätzt. Die Anteilnahme der Umwelt ist ausgesprochen hoch, und der Infarkt als solches wird sowohl als Herausforderung, wie auch als Bedrohung wahrgenommen.

Die multiple Varianzanalyse erbrachte keine differenzierenden Ergebnisse in Bezug zum Alter der Untersuchungspersonen ($F=.70$, $p<.83$). Unterschiede wurden allerdings in der subjektiven Sicht von Männern und Frauen gefunden (Abb. 18).

Abbildung 18

Geschlechtsunterschiede in Bezug zur kognitiven Repräsentanz



Danach beurteilen Männer den Infarkt als eher selbstverursacht ($F=3.74$, $p<.06$) und sehen ihre Situation im Vergleich zu Frauen als veränderbarer an, ($F=3.72$, $p<.06$), während Frauen den Infarkt als eher fremdverursacht und die Situation als unveränderbarer einstufen. Frauen hingegen sehen ihre Umwelt weitaus

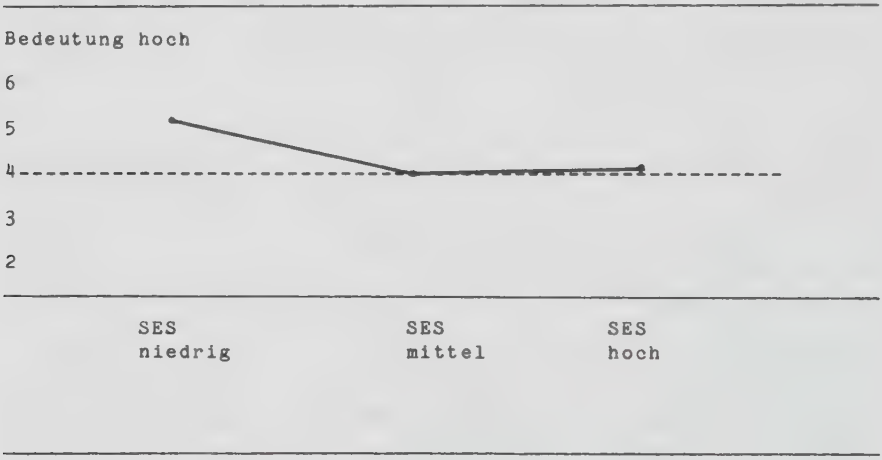
anteilnehmender als Männer (F=6.66, p<.01). Dieser letzte Faktor erklärte 11% der Varianz.

In Bezug zum sozioökonomischen Status wurde ein Unterschied in der kognitiven Repräsentanz aufgedeckt: Personen mit niedrigem Status sahen den Herzinfarkt bei weitem bedeutungsvoller als jene mit mittlerem oder hohem Status (F=3.08, p<.05) (Abb 19).

Abbildung 19

Statusunterschiede in Bezug zur

Bedeutungshaftigkeit des Herzinfarktes

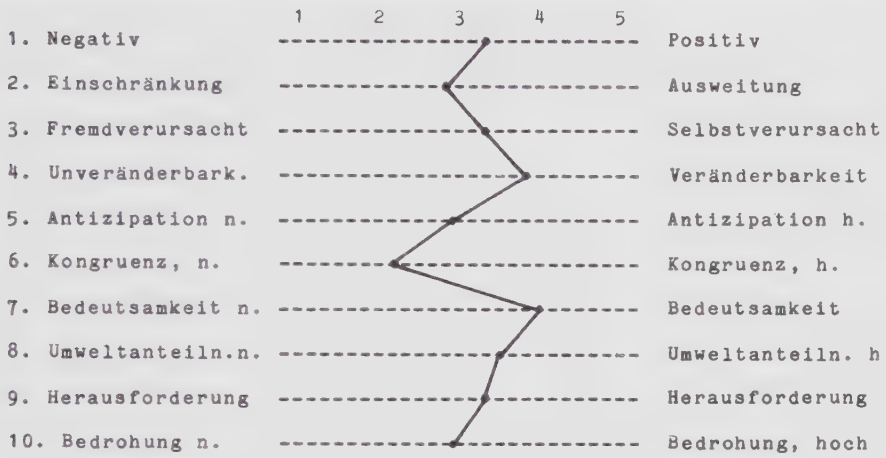


4.3.2. Die amerikanische Stichprobe

Für die amerikanische Stichprobe ergab sich das folgende Bild (Abb. 20).

Abbildung 20

Beurteilungen der kognitiven Repräsentanz



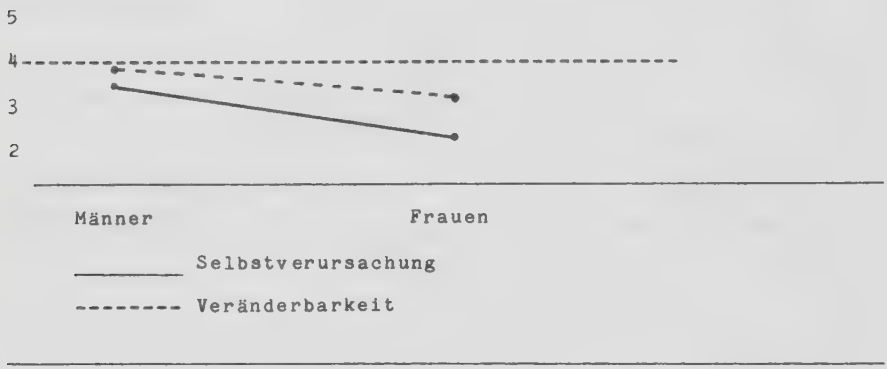
Der Herzinfarkt in der amerikanischen Stichprobe wird demnach ebenfalls eher positiv aufgefaßt, mehr als Einschränkung, doch wird auch hier eine Änderung für möglich gehalten. Der Infarkt zeigt sich als bedeutungsvoll und wird zu einem gewissen Teil als Herausforderung und Bedrohung wahrgenommen.

Die multiple Varianzanalyse für diese Stichprobe ergab die folgenden differenzierenden Ergebnisse: wie schon bei der deutschen Stichprobe gaben die amerikanischen männlichen Teilnehmer an, den Herzinfarkt als eher selbstverursacht zu sehen als die weiblichen Teilnehmer der Untersuchung ($F=4.81$, $p<.03$). Außerdem glaubten sie, daß ihre Situation veränderlicher sei

(F=3.76, p<06). Die Unterschiede sind in Abbildung 21 dargestellt.

Abbildung 21

Geschlechtsunterschiede der subjektiven Wahrnehmnung

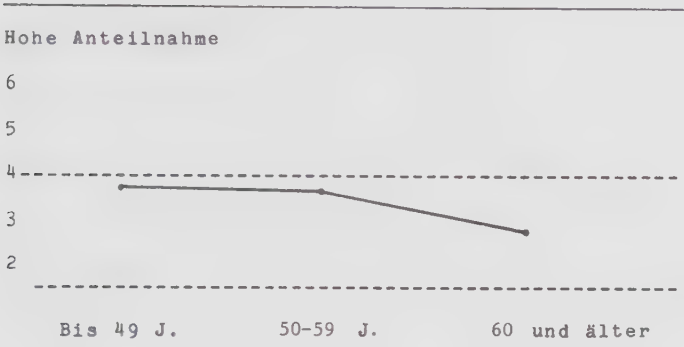


Auch Altersunterschiede wurden in Bezug zur Wahrnehmung der Umwelt gefunden: Ältere Untersuchungspersonen nahmen ihre Umwelt weit anteilnehmender wahr als jüngere Personen (F=2.85, p<06) (Abb 22).

Unterschiede in der Umweltwahrnehmung zeigten sich auch beim Vergleich der Patienten mit verschiedenem sozioökonomischen Status. Personen mit höherem Status nahmen ihre Umwelt weitaus weniger anteilnehmend wahr als Personen mit niedrigerem Status (F=4.05, p<05).

Abbildung 22

Altersunterschiede in der subjektiven Wahrnehmnung der Umwelt



4.3.3. Der kulturelle Vergleich

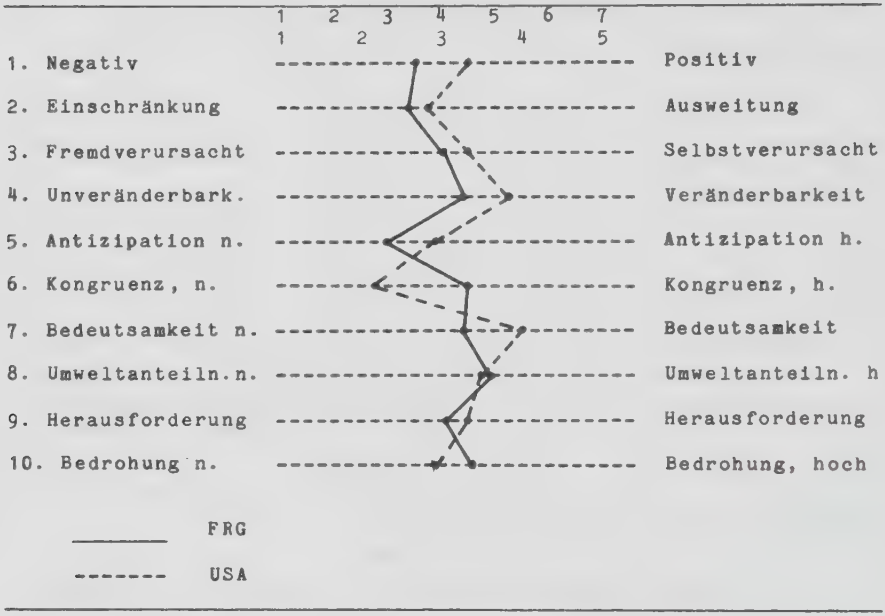
Ein echter kultureller Vergleich kann für die kognitive Repräsentanz nicht vorgenommen werden. Die Anwendung unterschiedlicher Methoden läßt keinen Aufschluß auf den Grund von Unterschieden in den Beurteilungen zu.

Wenn man allerdings die kulturspezifischen Profile übereinanderlegt, dann läßt sich zumindest sagen, daß die Richtung der Beurteilung in beiden Kulturen auffallend ähnlich ist (Abb. 23).

Abbildung 23

Beurteilungen der kognitiven Repräsentanz

(FRG und USA)



Beim Vergleich der verschiedenen Verfahren läßt sich herausstellen, daß die Interview-Rating Methode die Einschätzung der kognitiven Repräsentanz überbewertet, während die Ergebnisse der Fragebogenstudie eher eine Unterbewertung darstellt.

4.3.4. Faktorenanalyse der kognitiven Repräsentanz

Mit den Daten der amerikanischen Stichprobe ist schließlich eine explorative Faktorenanalyse durchgeführt worden, um

festzustellen, ob sich die einzelnen Dimensionen zusammenfassen lassen.

Für die zehn Dimensionen wurden explorative Faktorenanalysen mit einem, zwei und drei Faktorenlösungen durchgeführt. Die Ergebnisse des Chi-Quadrat Tests sind in Tab. 14 zusammengefaßt.

Tabelle 14

Faktorenlösungen für die Dimensionen der kognitiven Repräsentanz

Faktoren	X^2	df	p	Tucker's Reliabilität
1	152.44	44	.000	.43
2	88.65	34	.000	.66
3	31.77	25	.17	1.02

Die Dreifaktorenlösung stellte sich als bestes Faktorenmodell heraus. Die einzelnen Faktorenladungen für diese Lösung finden sich in Tab. 15.

Die Ergebnisse zur Faktorenstruktur legen nahe, die drei erhaltenen Faktoren mit "Passiver Repräsentanz," "Aktiver Repräsentanz" und "Antizipation" zu umschreiben. Während eher passive Haltungen, wie Einengung, Verlassen auf die Umwelt und Bedrohung den ersten Faktor beschreiben, stellten sich für den zweiten Faktor eher aktive Arten subjektiven Erlebens heraus, so die Einschätzung des Ereignisses als positiv oder negativ, die Fremd- oder Selbstbestimmung, Möglichkeiten der Veränderbarkeit und die Sicht als Herausforderung. Die Dimension "Bedeutung des

Tabelle 15

Faktorenlösung der kognitiven Repräsentanz

	Passive Repräs.	Aktive Repräs.	Antizi-pation	Eigen-varianz
1. Positiv/Negativ	.05	.68	.20	.59
2. Einengung/Ausw.	.37	.28	.08	.59
3. Fremd-/Selbstbest.	.23	.30	.05	.69
4. Veränderbarkeit	.08	.64	.13	.54
5. Antizipation	.09	.06	.75	.53
6. Kongruenz	.04	.01	.71	.55
7. Bedeutsamkeit	.66	.48	.09	.54
8. Umwelt	.38	.02	.00	.61
9. Herausforderung	.19	.62	.00	.52
10. Bedrohung	.68	.26	.09	.43

Faktorenkorrelation

	I	II	III
I.	1.0		
II.	.26	1.0	
III.	.20	.23	1.0

Herzinfarktes" hatte hohe Werte auf beiden Faktoren. Ein dritter Faktor schließlich zeigte die Antizipation als eigenständigen Faktor in Kombination mit der Kongruenzdimension.

4.4. Daseinstechniken

4.4.1. Die deutsche Stichprobe

Wie schon bei den Beurteilungen zur kognitiven Repräsentanz wurde auch bei den Daseinstechniken ein Interrating durchgefürt. Die Interraterkorrelationen waren bis auf wenige Ausnahmen unzureichend (r=.20). Manche der Dimensionen fanden jedoch annehmbare Übereinstimmungen der Beurteiler: Verwirklichung der eigenen Bedürfnisse (r=.50), Selbstreflektion (r=.57), die Situation den Umständen überlassen (r=.52) und Niedergeschlagenheit (r=.51). Die niedrigen Werte der anderen Dimensionen ergaben sich wohl dadurch, daß für die einzelnen Daseinstechniken keine operationalisierten Fragen vorgelegen hatten und manche der aufgeführten Bewältigungstechniken nur in unbedeutender Weise für Herzinfarktpatienten in Frage kommen.

Trotzdem soll dies die Interpretation der Ergebnisse nicht schmälern. Wenn man davon ausgeht, daß für das Aufspüren von Daseinstechniken der Gesamteindruck ausschlaggebender ist als das Beantworten bestimmter Fragen, dann können Ergebnisse einer Interraterkorrelation nur einen Beitrag dazu leisten, welche der angeführten Techniken in schneller Beurteilung besser faßbar sind.

Von den oben angeführten Daseinstechniken wurde zunächst ein Durchschnittsprofil angefertigt, das Aufschluß darüber geben sollte, welche Bewältigungstechniken Herzinfarktpatienten überhaupt benutzen. Es ist noch einmal darauf hinzuweisen, daß

Daseinstechnik bei Herzinfarktpersonen kennzeichnet. Die Ergebnisse des Profils finden sich in Abbildung 24.

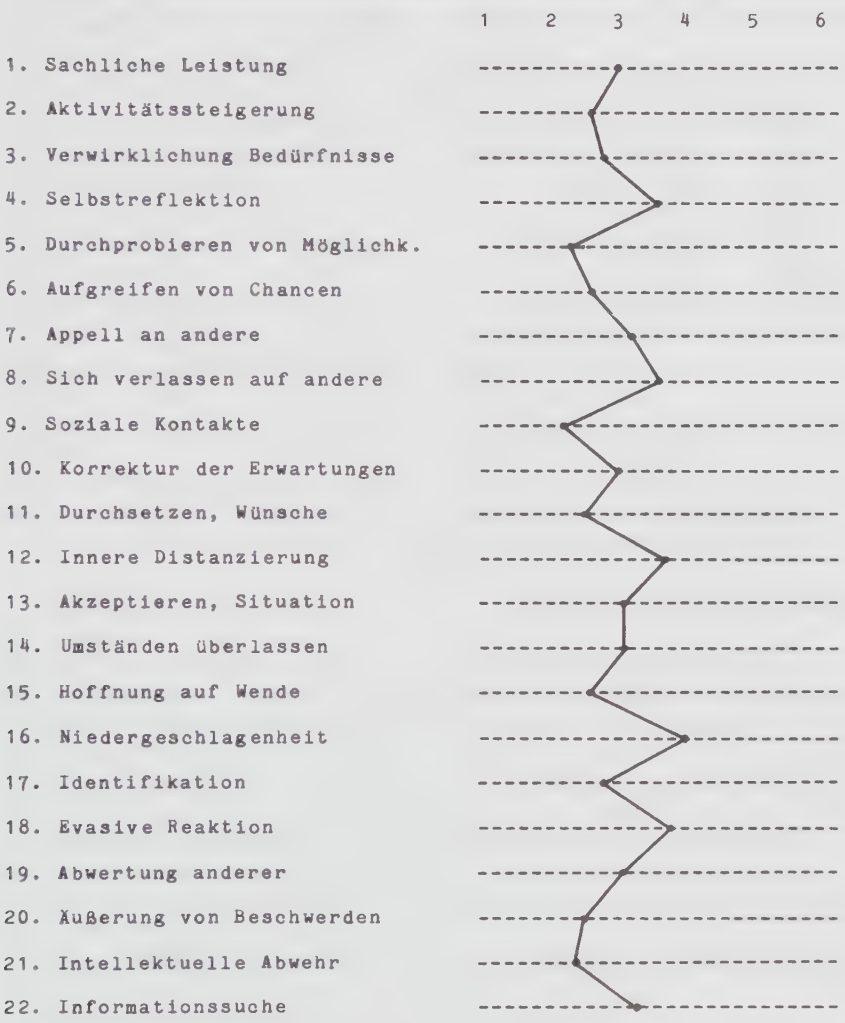
Dem Profil entnehmen wird, daß bei deutschen Herzinfarktpatienten sechs Daseinstechniken besonders ausgeprägt sind (Mittelwert ist angegeben):

(1) Niedergeschlagenheit und Depression	4.0
(2) Evasive Reaktion	3.8
(3) Innere Distanzierung	3.7
(4) Selbstreflektion	3.6
(5) Sich verlassen auf andere	3.6
(6) Informationssuche	3.3

Abbildung 24

Durchschnittsprofil von Daseinstechniken

bei deutschen Herzinfarktpatienten



Teilnehmer der deutschen Herzinfarktgruppe waren also von weitaus passiven Daseinstechniken bestimmt. Ihre Stimmung zeigte sich als depressiv, evasive und verleugnende Strategien herrschten vor, und lediglich Selbstreflektion (nicht aber von sachlicher Leistung) kennzeichnete aktivere Arten der Auseinandersetzung. Obwohl die Herzinfarktpatienten interressiert an mehr Information schienen, verließen sie sich doch gleichzeitig auf andere.

Nach dem Berechnen der Mittelwerte wurde für die Skalen der Daseinstechniken eine multiple Varianzanalyse durchgeführt, wobei die einzelnen Beurteilungen abhängige Variablen und die schon bei der kognitiven Repräsentanz genannten demographischen Variablen als unabhängige Variablen dienten.

Eine differenzierte Betrachtung der Daseinstechniken stellte vor allem Geschlechtsunterschiede heraus ($F= 1.96$, $p<.05$). Die einzelnen Ergebnisse sind in Tabelle 16 und Abbildung 25 zusammengefaßt.

Es zeigte sich, daß männliche Herzinfarktpatienten eher eine Flucht in die Aktivität suchten und ihre Lage akzeptierten als Frauen, während Frauen weitaus mehr Gebrauch von Appell an die Hilfe anderer, vermehrten sozialen Kontakten und innerer Distanzierung machten und sich depressiver zeigten als Männer.

Im Gegensatz zu Geschlechtsunterschieden konnten Altersunterschiede in Bezug zu Daseinstechniken bei der deutschen Stichprobe nicht aufgestellt werden, $F(44, 62) = 0.91$, $p=.62$.

Tabelle 16

Geschlechtsunterschiede bei Daseinstechniken

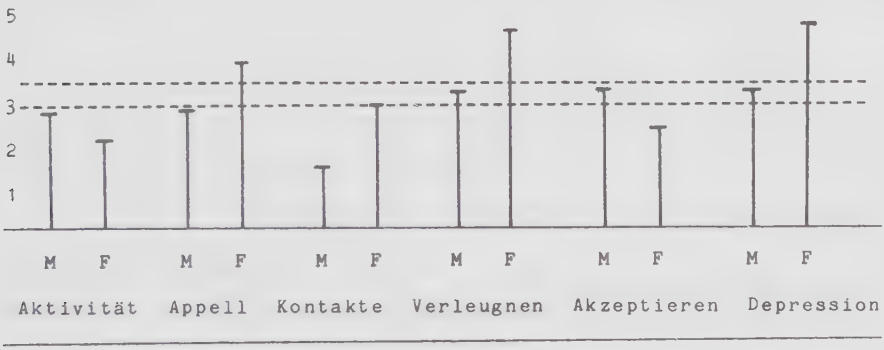
der deutschen Herzinfarktgruppe

Daseinstechnik	F	P	R^2
Aktivitätssteigerung	4.05	.05	.07
Appell an die Hilfe anderer	5.81	.05	.10
Soziale Kontakte	13.40	.001	.20
Innere Distanzierung	5.33	.03	.09
Akzeptieren der Situation	3.99	.05	.07
Niedergeschlagenheit	5.9	.05	.10

Abbildung 25

Ausprägung der Geschlechtsunterschiede

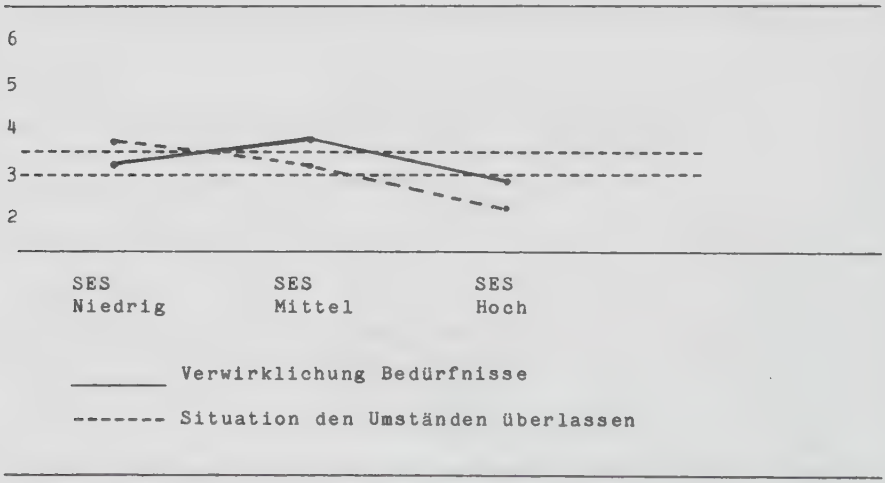
bei deutschen Herzinfarktpatienten



Unterschiede im sozioökonomischen Status wurden in Bezug zu den Daseinstechniken "Verwirklichung eigener Bedürfnisse" ($F=5.86$, $p<01$) und "Situation den Umständen überlassen" ($F=4.86$, $p<.01$) gefunden. Personen mit mittlerem Status waren danach eher darauf ausgerichtet, ihre eigenen Bedürfnisse zu verwirklichen als Personen mit hohem oder niedrigem Status, während Personen mit höherem Status die Situation weniger den Umständen überließen als Personen mit mittlerem oder niedrigem Status (Abb 26).

Abbildung 26

Statusunterschiede in Bezug zu Daseinstechniken



4.4.2 Die amerikanische Stichprobe

Da die Bewältigungstechniken für die amerikanischen Teilnehmer der Untersuchung nicht mit Hilfe des Interview-

Verfahrens, sondern mittels Fragebogen erfaßt wurden, mußte zunächst eine faktorielle Itemanalyse unternommen werden, um die Repräsentation der Coping-Items festzustellen. Von den 75 Items konnten 34 für die weitere Auswertung benutzt werden; die angegebenen Items replizierten die folgenden neun Thomaeschen Bewältigungsdimensionen:

1. Sachliche Leistung
2. Identifikation mit anderen
3. Selbstreflektion
4. Abwertung anderer
5. Depression
6. Hoffnung auf Wende
7. Korrektur der Erwartungen
8. Evasive Reaktion
9. Innere Distanzierung.

Zusätzlich wurden drei Faktoren gefunden, die schon in den Untersuchungen von Lazarus & Folkman (1984) beschrieben wurden:

10. Humor
11. Religiöse Reaktion und
12. Selbstschuldzuweisung ("blame").

Die einzelnen Items mit den zugehörigen Faktorenladungen sind in Tabelle 17 zusammengefaßt.

Aufgrund dieser Itemanalyse wurden die einzelnen Testscores für die amerikanische Gruppe berechnet, und ein Profil der Daseinstechniken erstellt (Abb. 27).

Dem Profil entnehmen wird, daß bei amerikanischen Herzinfarktpatienten besonders die folgenden sechs Bewältigungsmechanismen ausgeprägt sind:

Tabelle 17

Faktorenladungen der Items zu den Daseinstechniken

Items	1	2	3	4	5	6
Laughed about the whole thing	.32					
Made fun of the situation	1.00					
Joked about it	.83					
Found new faith		.55				
Became more interested in religious aspects		1.00				
Decided on s.th. you wanted to do			1.00			
Came up with a couple of different solutions			.96			
Talked to s.o. to find out more about the problem			.25			
Remember that some people have bigger problems				1.00		
You know people who were worse off				.76		
Tried to see the favourite of the situation				.22		
Suffered from headaches					1.00	
Tried to analyze the situation					.65	
Concentrated on s.th. good that could come out of the sitution					.39	
Felt that other people were responsible for causing the problem						1.00
Blamed other people for what had happened						.80
Got mad at people or things that caused the problem						.54

Items	7	8	9	10	11	12
Realized that this was your fate	1.00					
You didn't see any way out	.14					
Accepted it as part of your development		1.00				
Wished that you could change what had happened		.92				
Changed or grew as a person		.26				
Changed s.th. so things would turn all right for you		.23				
Reduced your work load			1.00			
Cut down on your obligations			.90			
Reduced expectations			.46			
Did s.th. you thought did not work				1.00		
Slept more than usual				.92		
Blamed yourself					1.00	
Realized that you brought problem on yourself					.70	
Felt guilty about the situation					.21	
Time will make a difference						.85
Tried to forget the whole thing						.44
Waited to see what would happen						1.00

(1) Identifikation mit anderen 3.8

(2) Hoffnung auf Wende 3.1

(3) Korrektur der Erwartungen 3.0

(4) Selbstreflektion 2.9

(5) Sachliche Leistung 2.8

(6) Religiöse Reaktion 2.6

Teilnehmer der amerikanischen Herzinfarktgruppe identifizierten sich also in hohem Maße mit den Schicksalen

anderer, hoffen auf eine Wende ihres Schicksales und unternahmen eine Korrektur der Erwartung.

Altersunterschiede in Bezug zu den Daseinstechniken konnten in der amerikanischen Stichprobe nicht festgestellt werden ($F=.83$, $p=.69$). Auch Geschlechtsunterschiede lagen nicht vor ($F=1.03$, $p=.43$). In Bezug zu Statusunterschieden wurden unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich der Dimension "Niedergeschlagenheit" herausgefunden. Personen mit niedrigem Status zeigten sich demnach weniger depressiv als Personen mit hohem Status ($F=3.75$, $p< .06$) (Abb. 28).

Abbildung 27

Durchschnittsprofil von Daseinstechniken

bei amerikanischen Herzinfarktpatienten

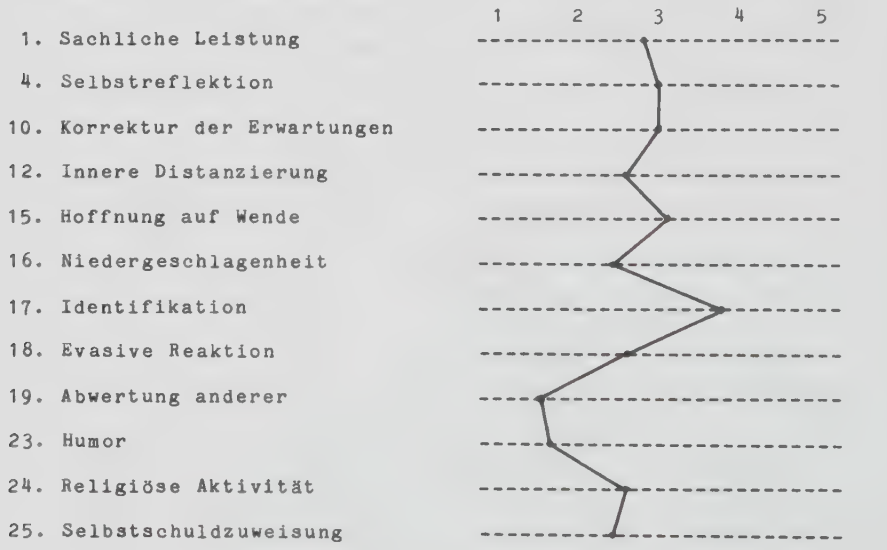
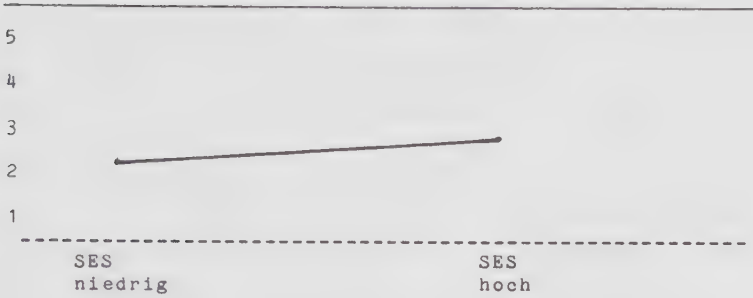


Abbildung 28

Statusunterschiede in Bezug

zur Dimension "Niedergeschlagenheit"



4.4.3. Der kulturelle Vergleich

Wie schon bei der Durchführung der kognitiven Repräsentanz konnte ein direkter Vergleich zwischen der deutschen und amerikanischen Stichprobe wegen der unterschiedlichen Methodik nur in eingeschränktem Maße durchgeführt werden.

So wurden die Mittelwerte der neun korrespondierenden Daseinstechniken in eine Rangreihe gebracht und auf Kulturunterschiede verglichen. Abbildung 29 verdeutlicht die unterschiedliche Präferenz, die amerikanische und deutsche Infarktpatienten den Formen möglicher Auseinandersetzung geben.

Schon in dieser einfachen Rangaufzählung sind deutliche Kulturunterschiede zu erkennen. Während die deutsche Gruppe eher depressive und verleugnende Formen der Auseinandersetzung

gebraucht, sind bei der amerikanischen Stichprobe Formen der Identifikation und Hoffnung auf Wende ausgeprägter.

Abbildung 29

Kultureller Unterschied in Bezug auf Daseinstechniken

Rang	USA	FRG
1.	Identifikation	Depression
2.	Hoffnung auf Wende	Innere Distanzierung
3.	Korrektur der Erwartung	Evasive Reaktion
4.	Selbstreflektion	Selbstreflektion
5.	Sachliche Leistung	Korrektur der Erwartung
6.	Innere Distanzierung	Sachliche Leistung
7.	Evasive Reaktion	Identifikation
8.	Depression	Hoffnung auf Wende
9.	Intellektuelle Abwehr	Intellektuelle Abwehr

4.5. Die Beziehung zwischen Persönlichkeitsfaktoren und Daseinstechniken

Die Untersuchung verschiedener Variablen in Bezug auf das kritische Ereignis eines Herzinfarktes stellte den wesentlichen Rahmen dieser Arbeit. In einer abschließenden Untersuchung soll jedoch noch eine Verbindung zwischen zwei verschiedenen Punkten im Lebensereignisprozeß vorgenommen werden: den Persönlichkeitsvariablen und Daseinstechniken.

Zur Erfassung wesentlicher Persönlichkeitsvariablen wurde das Hauptmerk auf Extraversion und Angst gelegt, und zwar aus zwei Gründen: zum einen stellen diese beiden Konstrukte am deutlichsten herausgearbeitete Persönlichkeitsfaktoren dar und zum anderen lassen sich sowohl Extraversion und Angst deutlich mit der Herzinfarktproblematik verbinden (vergl. Diskussion an anderer Stelle).

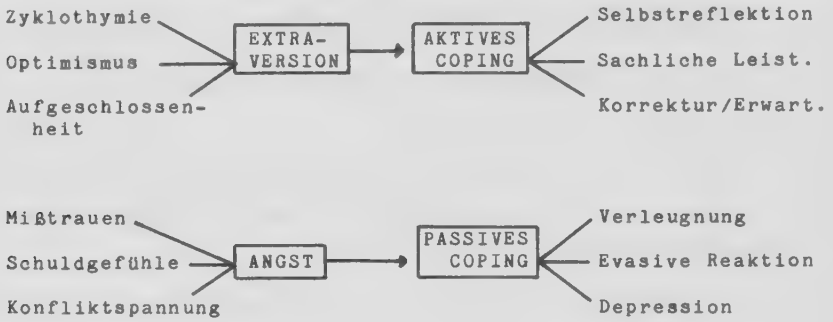
Die Daseinstechniken wurden in zwei verschiedene latente Variablen unterteilt: aktive und passive Techniken. In dem hier vorgeschlagenen Modell wird vermutet, daß aktives Coping von Persönlichkeitsfaktoren vorhergesagt werden kann, die eher extravertierten Personen zugeschrieben werden, während passives Coping mehr von Angstfaktoren bestimmt wird (Abbildung 30).

Um ein solches Modell einer strukturellen Analyse unterziehen zu können, müssen drei Schritte unternommen werden. Zunächst wird eine explorative Faktorenanalyse durchgefürt, um feststellen, ob die vermuteten Faktoren tatsächlich distinkt sind, und ob die Indikatoren genügend hohe Faktorenladungen besitzen. In einem zweiten Schritt soll dann mit Hilfe einer bestätigenden Faktorenanalyse das explorative Faktorenmodell überprüft werden. Schließlich wird in einem dritten Schritt das gesamte Strukturgleichungsmodell getestet. Alle drei Schritte werden in den nächsten Abschnitten behandelt.

Abbildung 30

Strukturelles Modell zur Bestimmung von

Persönlichkeitsvariablen und Daseinstechniken



5.1.1 Explorative Faktorenanalyse

Faktorenlösungen mit einem bis zu fünf Faktoren wurden gerechnet. Die einzelnen Chi-Quadrat Werte mit Wahrscheinlichkeitsgrad und Tuckers Reliabilitätskoeffizient sind in Tabelle 18 zusammengefaßt.

Die Vier-Faktorenlösung ist also eine annehmbare Faktorenstruktur für die gesammelten Daten. Der höchste Wahrscheinlichkeitsgrad ist erreicht und weitere Faktoren tragen nicht zur Verbesserung des Modells bei.

Die Vier-Faktorenlösung findet sich mit den entsprechenden Promax-rotierten Faktorenladungen und Eigenvarianzen, sowie den Faktorenkorrelationen in Tabelle 19.

Tabelle 18

Faktorenlösungen für Persönlichkeitsvariablen und Daseinstechniken

Faktorenlösung	χ^2	DF	P	Tuckers Reliabilität
1.	138.8	54	.00	.67
2.	86.5	43	.00	.82
3.	42.1	33	.13	1.00
4.	13.4	24	.96	1.20
5.	8.3	16	.94	1.20

Tabelle 19

Vier-Faktorenlösung der Persönlichkeitsvariablen und Daseinstechniken

Variablen	Extra-version	Angst	Aktives Coping	Passives Coping
Zyklothymie	.20	.17	.20	.22
Optimismus	1.10	.07	.08	.13
Aufgeschlossenheit	.55	.05	.40	.13
Mißtrauen	.27	.45	.00	.07
Schuldgefühle	.05	.77	.13	.07
Konfliktspannung	.05	.79	.04	.27
Sachliche Leistung	.16	.09	.45	.08
Selbstreflektion	.10	.06	1.05	.13
Korrektur/Erwartungen	.05	.06	.49	.09
Distanzierung	.01	.07	.15	.53
Niedergeschlagenheit	.16	.06	.08	.62
Evasion	.10	.10	.22	.35

Faktorenkorrelation

	1	2	3	4
1	1.0			
2	.38	1.0		
3	-.27	-.15	1.0	
4	.13	-.10	-.16	1.0

5.1.2. Konfirmatorische Faktorenanalyse

Der zweite Schritt zur vollständigen Modellbildung bestand in einer bestätigenden Faktorenanalyse, mit der die aus der explorativen Untersuchung erhaltene Faktorenstruktur repliziert und gegebenenfalls Verbesserungen vorgenommen werden sollten. Die Ergebnisse dieser Berechnung finden sich in Tabelle 20.

Die Ergebnisse der statistischen Analyse zeigen ein brauchbares Modell, und das Chi-Quadrat Ergebnis von 64.16 bei 44 Freiheitsgraden unterstreicht diese Schlußfolgerung. Der Wahrscheinlichkeitsgrad für dieses Modell betrug 0.025. Das Faktorenmodell wurde daher als Grundlage für die strukturelle Analyse von Persönlichkeitsfaktoren und Daseinstechniken akzeptiert.

Tabelle 20

Konfirmatorische Faktorenanalyse für die Persönlichkeitsvariablen und Daseinstechniken

Variablen	Extra-version	Angst	Aktives Coping	Passives Coping	Eigen-varianz
Zyklothymie	.61				.87
Optimismus	1.10				.60
Aufgeschlossenheit	1.70				.02
Mißtrauen		.45			.91
Schuldgefühle		1.40			.12
Konfliktspannung		.91			.64
Sachliche Leistung			.73		.72
Selbstreflektion			1.29		.13
Korrektur/Erwartungen			.74		.71
Distanzierung				.72	.80
Niedergeschlagenheit				.97	.63
Evasion				.62	.85

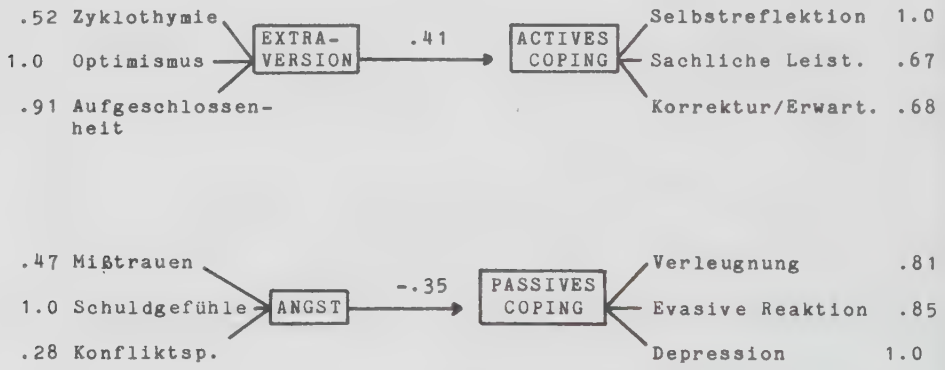
5.1.3. Das LISREL Modell der Persönlichkeitsfaktoren und Daseinstechniken.

Als dritter Schritt wurde das gesamte LISREL Modell der angegebenen Variablen getestet, wobei vermutet wurde, daß Extraversion ein Prädiktor für aktives Coping, während Angst ein Prädiktor für passives Coping ist. Die Ergebnisse der statistischen Analyse sind in Abbildung 31 dargestellt.

Abbildung 31

Strukturelles Modell zur Bestimmung von

Perönlichkeitsvariablen und Daseinstechniken

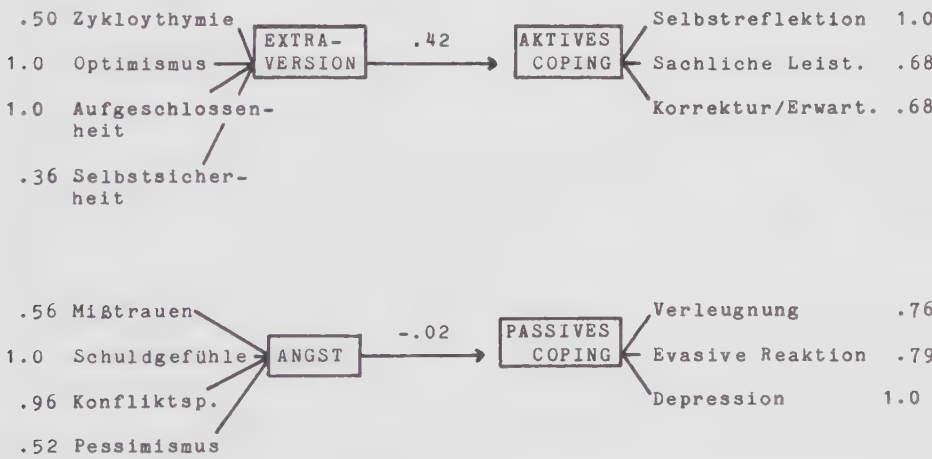


Obwohl dieses Modell durchaus akzeptal erscheint ($X = 89.29$, $p<001$), wurden für ein alternatives Modell Modifikationsindizes berücksichtigt. Demnach wurde die Beziehung zwischen "Schuldgefühlen" und Extraversion, sowie zwischen "Optimismus"

und Angst freigemacht (Modifakationsindizes 10.3 für die erste Beziehung und 10.3 für die zweite Beziehung). Diese Veränderung scheint insofern gerechtfertigt, als die Faktorenanalyse zweiter Ordnung für den 16 PF nach Cattell durchaus vorsieht, die Gegenpole von "Schuldgefühlen" (nämlich "Selbstsicherheit") und "Optimismus" (nämlich "Pessimismus") auf den latenten Faktoren Extraversion und Angst laden zu lassen. Das verbesserte Modell ergab ein Chi-Quadrat von 58.37, $p<.17$ und ist in Abbildung 32 dargestellt.

Abbildung 32

Verbessertes strukturelles Modell zur Bestimmung von Perönlichkeitsvariablen und Daseinstechniken



Die Faktorenladungen sind von dieser Modellveränderung nur unwesentlich beeinflußt worden. Die eindeutigste Veränderung in diesem Modell zeigte sich allerdings im Pfadkoeffizient von "Angst" nach "Passivem Coping". Es scheint, als wenn Angst kein stabiler Prädiktor für passives Coping ist.

5. Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Arbeit haben verdeutlicht, wie wichtig es ist, differenzierende Betrachtungen in der Lebensereignisforschung vorzunehmen. Aspekte der Persönlichkeit, der kognitiven Repräsentanz und Daseinstechniken können nicht nur global behandelt werden; die hier gewählten Variablen (Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status und Kultur) stellen natürlich nur eine Auswahl der Merkmale dar, die Berücksichtigung in solch differenzierenden Studien finden können.

Es wäre zu weitführend, wenn jedes einzelne Resultat hier noch einmal aufgeführt und diskutiert würde. Es soll daher der Versuch unternommen werden, die Ergebnisse mehr in übergreifender Form zu interpretieren.

5.1 Herzinfarkt und Lebensereignisse

Bei der Untersuchung des Zusammenhanges zwischen einer Anhäufung von Lebensereignissen und dem Ausbruch eines Herzinfarktes ist wieder einmal bestätigt worden, daß es nicht die bloße Anzahl von kritischen Ereignissen ist, die Individuen verwundtbar macht (Byrne & Whyte, 1978), sondern die Wünschbarkeit solcher Erlebnisse. Obwohl die Kontrollgruppe der amerikanischen Stichprobe von ähnlich vielen Erlebnissen berichtete, wurden mehr Ereignisse als positiv bewertet als von der Herzinfarktgruppe. Die negative Beurteilung von Lebensereignissen war besonders in der deutschen Stichprobe auffällig. Wenn man dieses Ergebnis mit einer Ausprägung von depressiven Daseinstechniken in Beziehung setzt, könnte man von einem deutlichen Tief im Leben der deutschen

Untersuchungsteilnehmer sprechen. Möglicherweise ist das augenblickliche Tief dadurch mitbestimmt, daß nach dem Infarkt die vorgekommenen Ereignisse bewußt negativer getönt waren, um Gründe für die eigene Befindlichkeit zu konstruieren ("effort after meaning", Brown, 1980).

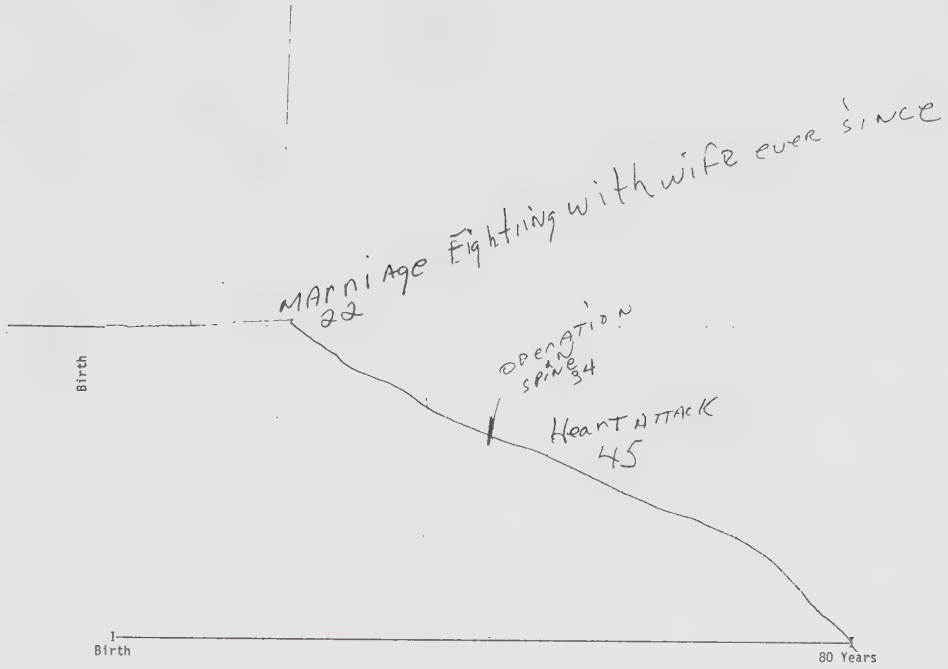
Es soll hier aber auch noch einmal herausgestellt werden, daß - im Brownschen Sinne - ein einzelnes kritisches Lebensereignis durchaus genügt, um eine längerandauernde Krise in Bewegung zu setzen, die sich über Jahre hinwegziehen kann. Es scheint deshalb besonders notwendig, besonders die individuellen Gesichtspunkte von Lebensereignissen zu berücksichtigen (Redfield & Stone, 1979). Hierzu das Beispiel einer Frau die mehrere Jahre vor dem Herzinfarkt eine Scheidung durchlebt hatte, welche sie bis zum Interview nicht verarbeiten konnte. In der Tat sprach sie in dem Interview mehr über die Scheidung als über den Herzinfarkt:

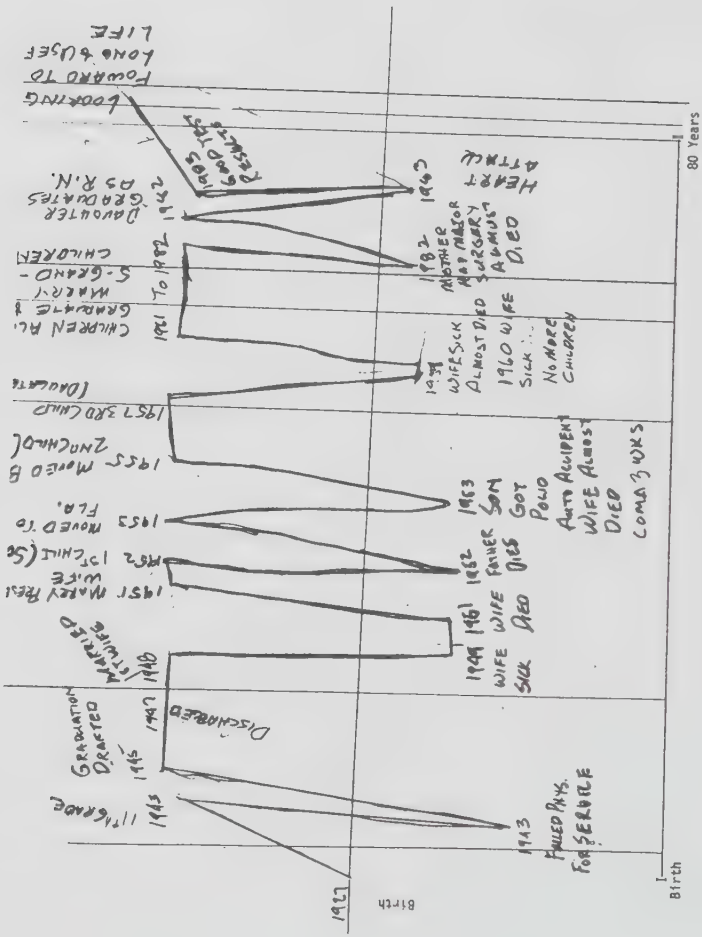
> "Manchmal, da fällt mir noch die Decke über dem Kopf zusammen, weil ich nervlich noch sehr belastet bin durch meine Scheidung. Da ist mein Mann nach 33-jähriger Ehe mit einer anderen abgehauen, und ich wußte von nichts... Ich kann das ja heute noch nicht verkraften, es geht einfach nicht, ich komme nicht darüber weg; wir hatten eine gute Ehe, wir hatten fünf Kinder zusammen, wir haben zusammen ein Haus... nun ist das Haus aber auf meinen Namen geschrieben, aber jetzt muß ich meinen Mann ausbezahlen. Jetzt steh ich da, ich bekomme nur fünfhundert Mark Unterhalt, und das soll ich ihm davon ausbezahlen, wie ich das machen soll weiß ich nicht... Dann bin ich gelaufen daß ich für meinen Jungen eine Lehrstelle bekam. Das sind Sorgen und die machen einen fertig; dann habe ich manchmal derartige Depressionen, und dann meine ich, die Decke käme mir auf den Kopf... das hat mein Herz regelrecht aufgefressen..."
>
> Frau P., 56 Jahre

Dieses Beispiel zeigt, wie mitgenommen diese Frau nach der Scheidung war. Sie kann dieses einzelne Erlebnis nicht überwinden, ja dieses Hauptereignis beeinflußt eine Kette weiterer negativ erlebter Ereignisse (finanzielle Sorgen, familiäre Probleme, usw.). Es ist dann nicht mehr überraschend, daß sich Depressionen als Folge dieses Zustandes zeigen. Nicht nur die Art der Erlebnisse, sondern Ereignisse in ihrer Beziehung zur allgemeinen Lebenssituation lassen Gefühle der Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit aufkommen. Erst die Scheidung und dann möchte der frühere Ehemann auch noch für das Haus bezahlt werden.

Dieses Beispiel fordert außerdem, Lebensereignisse im Gesamtrahmen einer Psychologie der Lebensspanne zu sehen. Anhand von drei gezeichneten Lebenslinien soll verdeutlicht werden, wie eine Reihe von Ereignissen - oder ein vereinzeltes Ereignis - das gesamte Leben bestimmen können. Die Abbildung 33 auf der nächsten Seite verdeutlicht, wie dieser junge Mann deutlich von dem Ereignis "marriage" bestimmt worden ist. "Marriage Age 22 - Fighting with wife ever since" sind die wesentlichen Beschreibungen seiner Lebenslinie. Es braucht keine ausführlicheren Worte, um die Bestimmtheit und Kriesenhaftigkeit der Situation zu beschreiben. Selbst für die Zukunft sieht er keine Hoffnung.

Das zweite Beispiel steht im Kontrast zur ersten Lebenslinie (Abb 34). Hier findet sich schon recht früh im Leben des Patienten eine deutliche Anhäufung sehr kritischer Ereignisse: erst Ablehnung nach der Musterung in 1943, dann die Krankheit der


Marriage Fighting with wife ever since
22
Birth
Operation
Spine
34
Heart Attack
45
Birth
80 Years


Birth
80 Years
1927
1943
FAILED PHYS. FOR SERVICE
1944 1961 WIFE SICK
1961 WIFE DIED
1962 FATHER DIED
1963 SON GOT POLIO
AUTO ACCIDENT WIFE ALMOST DIED COMA 3 WKS
1960 WIFE SICK
No MORE CHILDREN
1962 MOTHER HAD MAJOR SURGERY & DIED
HEART ATTACK
1942 DAUGHTER GRADUATES AS R.N.
1961 TO 1982 CHILDREN ALL GRADUATE & MARRY
5-GRAND-CHILDREN
1957 3RD CHILD
1955 MARRIED & 2ND CHILD
1953 MOVED TO FLA.
1952 1ST CHILD (SON)
1951 MARRY FIRST WIFE
1948 MARRIED
1946 DISCHARGED
1945 GRADUATION DRAFTED
1945 11TH GRADE

Frau, die bald darauf starb (1955), der Tod des Vaters in 1952, der Sohn litt unter Polio und die zweite Frau fiel nach einem Autounfall ins Koma (1960) und erkrankte bald danach wieder. Die Zeit zwischen 1960 und 1982 wurde als recht kurzer, unerheblicher Zeitraum erlebt, sodaß es scheint, der Herzinfarkt folge diesen Erlebnissen als logisch-zeitliches Resultat.

Eine ähnliche kausale Ereigniskette findet sich im dritten Beispiel (Abb. 35). Die wesentlichen Erlebnisse bestehen in einer frühzeitig erworbenen Krankheit ("contracted ringworm"), die das Nichtversetzen im 5. Schuljahr zur Folge hat. Der Patient - reflektierend auf die gesamte Lebenssspanne - hält diese frühen Erlebnisse mitverantwortlich für seinen heutigen Zustand.

> "Clear back, I would say way back, I was around third or fourth grade, I wasn't achieving, and that was unjust, too, it was a lack of teaching ability, I was being severely criticized for my color blindness, but I couldn't do anything about it, and I had ringworm during that time, which kind of put me away from my peers; so all that, I was marked by that - I was supported by my parents in an understanding way. They said, well, that's the way it is, we don't expect much of you and this sort of thing.
>
> I would say, if I only had someone who was an academic achiever, someone in the business world who would have said, 'Hey, I see something in this kid'... now I stand at the side today looking at the whole thing, I'm not crying, it's nobody's fault, it's just, I did not have enough inner initiative to put myself through to say, 'I'll work something, hey, these people are wrong.' I was accepting their judgments, I sat in a hole they put me in.
>
> I was not athletic, so I did not try athletics; I was not an academic achiever, so I did not academically achieve; socially, economically, I was in a comfortable middle class, so I did not have to socialize - so I would say, if I could do something over again, I needed some outside help, and that would have changed my entire life. I probably, academically, would have started a medical career..."
>
> Mr. J. , 47 Jahre

Abb. 20: Lebenslinie
Mr. J., 47 Jahre
80 years
60
50
40
30
20
10
5
Projected Death Due To Stress & Heart Disease
January 1962
Started School
Courtship
Failed 5th Grade
Non-Athletic, Average Grades
Graduated From High School & Entered College
Joined Army
Failed-College, Joined Army
Earned Parachute Wing (Isn't Easy)
Returned To Civilian Life And Job A Little
Got Married
Had Children And Built House
Father Ill & Died; Mother Needed Much Attention, Each Of Job Advancement
Promotion
Hated To Live With Fits Of Temper; Job Satisfaction Good
Heart Attack & Surgery 1-Year
Bored With Career, No Advancement
And Little Possibility Of Promotion
Frustrated & Electrician
Rebelled & Left Family & Home
Employed And Tested Parachute Again; Married
& Worked Overtime To Buy Home & Furnish It
Began Taking Heart Pills
Unfair Treatment By U.S. Press; And
Heart Disease
Wish To Retire But Can't Afford Too!
(Because Of Required Retention In Early
Years & Real Security & Benefits)
Projected Death Due To Stress & Heart Disease
Thank God For Life With God
(Hopefully) If Sins Forgiven
And God's Mercy Is Granted
For Living A Better Christian
Life)

Dieses Beispiel verdeutlicht noch einmal, wie wichtig die Betrachtung der gesamten Lebensspanne bei psychosomatischen Erkrankungen ist (Baltes & Danish, 1980). Die Ereigniskette "Krankheit in der Kindheit" -- "Soziale Isolierung" -- "Schlechte Zensuren" -- "Falsche Berufswahl" -- "Unzufriedenheit im Beruf" -- "Herzinfarkt" wurde im weiteren Verlauf des Gespräches noch deutlicher. In ähnlicher Weise könnten andere Beispiele angeführt werden: Der Vertreter, dessen Unfallereignis aus der Kindheit seine sportlichen Interessen zunichte machte und der deshalb seine Berufswünsche im Keim ersticken mußte; die Hausfrau, die aus sozial liederlichen Verhältnissen erst durch die Heirat aufstieg, ihre Vergangenheit aber nicht hinter sich lassen konnte; Geschwisterrivalitäten, die einen Herzinfarktpatient zur Trennung mit seiner Frau veranlaßten. Wenn so häufig von Kindheit- und Jugenderlebnissen erzählt wird, die ihren Einfluß auf das Erwachsenenalter hatten, dann darf sich selbst der empirisch orientierte Psychologe nicht vor solchen Äußerungen verschließen (Moersch et al., 1980).

Es muß also darauf hingewiesen werden, daß die Prävention des Herzinfarktes schon in der Kindheit anzusetzen hat. Gefährdeten Personen sollte besonders geholfen werden, sich mit kritischen Erlebnissen aktiv auseinanderzusetzen, um im Rogersschen Sinne eine mehr "fully functioning person" zu werden.

Die Interdependenz verschiedener Lebensereignisse warf die Frage nach Lebensbereichen auf, die vornehmlich eine Anhäufung von Lebensereignissen beinhielten. Sowohl in der deutschen wie auch in der amerikanischen Stichprobe wogen diejenigen Ereignisse

hervor, die den Arbeitsbereich und die soziale Aktivität betrafen, und entsprachen somit den Resultaten von Siegrist, Dittmann, Rittner, & Weber (1982). Die Anzahl der vorgefallenen Lebensereignisse in diesen Bereichen unterschied sich jedoch nicht signifikant von denen der kulturspezifischen Kontrollgruppen. Sie sind typisch für den westlichen Kulturkreis und damit natürlich "potentielle," aber nicht notwendigerweise "fatalistische" Stressoren.

In der amerikanischen Stichprobe wurden mehr gesundheitliche und weniger finanzielle Lebensereignisse berichtet als in der Vergleichsgruppe. Das Ergebnis geringerer finanzieller Ereignisse steht im Gegensatz zu denen von Floderus (1974) und verdeutlicht, daß finanzielle Ereignisse in großer Zahl nicht oft genug auftreten und somit keine kumulierende Wirkung haben.

Die vermehrte Anzahl von gesundheitlichen Lebensereignissen vor dem Herzinfarkt in der amerikanischen Untersuchungsgruppe wirft einen medizinischen Gesichtspunkt auf. Offensichtlich haben die Herzinfarktpatienten schon vor dem Infarkt deutliche Beschwerden gehabt, die entweder als direkte Stressoren wirkten oder möglicherweise einen direkten kausalen Bezug zum Herzinfarkt hatten.

Der gesundheitliche Bereich stach auch im Ländervergleich als jener heraus, in dem amerikanische Patienten eine höhere Anzahl von Ereignissen zu berichten hatten. Die Anhäufung von Ereignissen, die im Bereich Haus und Wohnung lagen, traten demgegenüber eher in der deutschen Kultur hervor. Dieser Unterschied wird dann deutlich, wenn man sich vor Augen hält, daß

der Hauskauf für Deutsche in aller Regel ein Ereignis ist, welches nur ein oder zweimal im Leben vorkommt. Die geographische Mobilität der Amerikaner läßt dieses Ereignis unwesentlicher erscheinen.

Dieses Ergebnis läßt sich auch auf den Wohnungsumbau beziehen. Während für die amerikanische Bevölkerung Wohnung und Haus nur einen begrenzenden Raum stellen, bedeuten sie doch für Deutsche oft ein Refugium einer dicht besiedelten Gegend. Wenn dieses "my home is my castle" dann durch Renovierung oder Bauarbeiten unterbrochen wird, kann man sich einen Streßaufbau deutlich vorstellen.

> "Das wichtigste Ereignis - ja, ich glaube, daß wir uns noch das Stück Wohnung dazugekauft haben. Ja, und dann war die Wohnung nicht gleich frei, die wir dazukaufen wollten, das ging nicht glatt; denn derjenige, dem das Stück neben unserer Wohnung gehörte, der hat selber nicht in dem Apartment gewohnt, der hatte das vermietet, aber das war kein klares Mietverhältnis, der hatte nämlich an jemand anderes vermietet, und diejenige wohnte da noch drin... und da gab es so kleine Querelen, was dann nicht so ganz klar ging."

Diese und viele andere Studien haben gezeigt, daß ein Zusammenhang zwischen der Erfahrung von kritischen Lebensereignissen und einem Herzinfarkt bestehen. Ob es nun die Zahl der Ereignisse ist oder ein bestimmtes, isoliertes kritisches Erlebnis spielt eigentlich eine weniger große Rolle. Als Psychologe muß man sich der Tatsache bewußt werden, daß Dinge im Leben der Herzinfarktperson vorgekommen sind, die besonders belastend wirkten und möglicherweise den Infarkt mitverursacht haben. Jede psychologische Beratung oder Therapie sollte daher berücksichtigen, daß solche Erlebnisse (in Verbindung mit dem

neuen kritischen Ereignis) tief im Bewußtsein des Individuums verankert sein können. Eine Intervention, die jene Erlebnisse nicht berücksichtigt, könnte daher Gefahr laufen, kontraindizierend zu wirken. Es scheint eher angebracht zu sein, aus dem "Hier und Jetzt" heraus die Dinge mit dem Patienten durchzuarbeiten, die möglicherweise noch immer belastend wirken.

In ähnlicher Weise sollte bei Präventionsansätzen darauf geachtet werden, daß die kritischen Ereignisse einen Focus des therapeutischen Gesprächs bieten. Durch die Popularisierung der Verhaltenstherapie ist oft in Vergessenheit geraten, daß manche Patienten das profunde Bedürfnis haben, ihre eigenen Gefühle in Bezug zum Erleben von Ereignissen durchzuarbeiten. Die Ergebnisse dieser Arbeit fordern daher die Entwicklung und Erprobung neuer Therapieformen, die sich (begrenzt auf eine bestimmte Klientel) besonders mit der Beschäftigung von persönlichen Erlebnissen auseinandersetzen und Stellung beziehen zu den Komponenten einer solchen "psychischen Fahrt durch vergangene oder konkurrente" Erlebnisse. Die Kompontenten einer solchen "Erlebnistherapie" werden in einem späteren Abschnitt dieser Arbeit eingehender angesprochen.

5.2 Die Herzinfarktpersönlichkeit

Die differenzierende Auswertung der Persönlichkeitsmessungen zwingt die Vermutung auf, daß es nicht die Herzinfarktpersönlichkeit gibt (vgl. auch Stocksmeier, 1975). Vielmehr wirken sich je nach situativen und demographischen

Gegebenheiten unterschiedliche Persönlichkeitstypen als mitverursachend für den Herzinfarkt aus.

Von den sechzehn gemessenen Faktoren lassen sich dennoch - wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung - vier Einflußgrößen der Persönlichkeit auf den Herzinfarkt feststellen: Neurotische Emotionalität, Pessimismus, Neigung zu Schuldgefühlen und Konfliktspannung. Alle vier Faktoren lagen für beide Länder im Vergleich zur eigenen Bevölkerung außerhalb des Normbereiches. Gerade da diese vier Faktoren mit Extremwerten in beiden Ländern vorgefunden wurden, ist eine gewisse Generalisierung angebracht. Aus diesem Grund sollen die vier Persönlichkeitsfaktoren im einzelnen beschrieben werden:

Faktor C (Neurotische Emotionalität): Personen mit hohen Werten der neurotischen Emotionalität sind eher von unbefriedigenden Ergebnissen enttäuscht; sie vermeiden notwendige Anforderungen der Realität, sind eher schwach und schnell verärgert; sie zeigen teilweise neurotische Symptome (Phobien, Schlafstörungen, psychosomatische Beschwerden).

Faktor F (Pessimismus): Personen mit hohen Werten in Bezug auf Pessimismus sind eher zurückhaltend und introspektiv. Sie sind pessimistisch, ernst und von anderen Menschen abhängig.

Faktor O (Neigung zu Schuldgefühlen): Personen mit einem hohen Wert auf diesem Faktor sind depressiv, launisch und ängstlich. Sie besitzen eine oft kindliche Tendenz ängstlicher Auseinandersetzung mit Schwierigkeiten und fühlen sich von anderen Menschen nicht akzeptiert.

Faktor Q4 (Konfliktspannung): Personen mit einem hohen Wert auf diesem Faktor sind eher gespannt, unruhig und ungeduldig. Sie fühlen sich oft zu schwach, bestimmten Aktivitäten nachzugehen. In Gruppen haben sie Schwierigkeiten bei der Einschätzung von Ordnung, Einheit und Führerschaft. Ihre Enttäuschungen sind gekennzeichnet von übermäßig angeregter, aber nicht entladener Energie.

Die Herzinfarktpersönlichkeit zeigt sich also eher zurückhaltend im Umgang mit Menschen, ist emotional labil und nimmt viele Dinge zu ernst. Die Neigung zu Schuldgefühlen steht in Beziehung zu den schon erwähnten depressiven Zügen; schließlich bleibt die erhöhte Konfliktspannung zu erwähnen.

Die schon an anderer Stelle erwähnte Studie von Ostfeld et al. (1964) fand acht extreme Persönlichkeitsfaktoren für die amerikanische Population. Die in dieser Studie gefundenen Faktoren waren - bis auf den Faktor "Konfliktspannung" - auch darunter. Zwei weitere Faktoren der Ostfeld Studie, Schizothymie und Selbstgenügsamkeit, trafen zwar nicht auf die deutsche, wohl aber auf die amerikanische Untersuchungsgruppe zu. Die Übereinstimmung in diesen Studien ist also hervorstechend.

Neben diesen Übereinstimmungen sind allerdings auch Unterschiede zu diskutieren. Wenn man die Persönlichkeitsprofile der deutschen und amerikanischen Teilnehmer der Untersuchung betrachtet, dann wird deutlich, daß die amerikanischen Profile mehr extreme Faktoren aufweisen. Neben den schon oben erwähnten "Kernfaktoren" stellten sich die Persönlichkeitszüge "Schizothymie," "Zurückgezogenheit," "Logik," "Gewandtheit" und "Selbstgenügsamkeit" als extreme Faktoren heraus. In einem direkten Vergleich zwischen deutschen und amerikanischen Patienten zeigte sich, daß sich die amerikanischen Patienten als geselliger, unbekümmerter, gewandter, selbstgenügsamer und kontrollierter erwiesen. Dieses Bild stimmt zum großen Teil mit dem der Typ-A Persönlichkeit überein, die ja auch als gewandt, auf das Selbst bezogen und sehr kontrolliert beschrieben wird.

Wenn diese Unterschiede des überkontrollierten, selbstbezogenen Persönlichkeitstypes aber nur auf den amerikanischen Kulturkreis zutreffen, dann bleibt zu fragen, inwieweit der Typ-A ein amerikanisches Phänomen ist, das sich nur in beschränktem Ausmaß auf den deutschen Raum übertragen läßt. Solche Vermutungen werden besonders durch eine frühere Kulturstudie unterstrichen (Zyzanski, 1978), in der sich herausgestellt hatte, daß europäische Teilnehmer der Untersuchung weit niedrigere Werte auf der Jenkins Skala (die den Typ-A zu messen versucht) vorwiesen als nordamerikanische Teilnehmer.

Differenzierende Ergebnisse zeigen sich auch in Bezug auf Männer und Frauen der Herzinfarktpopulation. Bei den amerikanischen Frauen wog eine rigide Logik, der Hang zur Naivität und zu konservativen Einstellungen vor. Zwei dieser drei Geschlechtsunterschiede fanden sich auch in der deutschen Gruppe der Herzinfarktpatienten. Auch die deutschen Frauen waren mehr von logischem Denken bestimmt, zeigten aber - im Gegensatz zu amerikanischen Frauen - eher liberale Einstellungen.

Der letztgenannte Persönlichkeitszug stellt die grundsätzliche Frage nach einer gesellschaftlichen Verursachung. Schon bei den Explorationen war es deutlich, daß der Herzinfarkt bei den weiblichen Teilnehmern eine ganz andere psychologische Grundlage zu haben schien. Es mag wohl sein, daß die konservative Einstellung der Herzinfarktpersonen in den USA nicht mit dem geläufigen "Gesellschaftsbild der modernen amerikanischen Frau" in Übereinstimmung steht und daher soziale Rollenkonflikte hervorbringen kann. Ähnlich kann für die deutsche

Herzinfarktpopulation die Vermutung angestellt werden, daß diejenigen Frauen, die zwar liberale Einstellungen haben, in einem etwas mehr an Traditionen und Konventionen orientierten Deutschland auf Konflikte in ihrem Rollenverständnis treffen können. Es soll hier in keiner Weise die Behauptung aufgestellt werden, daß die Gesellschaft den Herzinfarkt verursacht. Doch soll hier - wenn auch in etwas provokativer Weise - der Appell dahin gehen, daß entwicklungspsychologische Veränderungen im Leben von Individuen im "Makrokontext" oder "Chrono-System" verstanden werden müssen. Gesellschaftspolitische Veränderungen hinterlassen im Lebensraum von Individuen sicher ihre Spuren.

In enger Verbindung damit kann die Ausprägung von logischem Denken bei weiblichen Teilnehmern der Untersuchung ins Licht gerückt werden. Personen mit hohen Werten auf dieser Dimension zeigen sich oft konventioneller, praktischer, nüchterner und an engere Interessen gebunden. Auch hier läßt sich die Vermutung aufstellen, daß diese Persönlichkeitsbeschreibung nicht mit dem gängigen Rollenbild von Frauen in Einklang steht. Das Stereotyp von Frauen als die "Gefühlspersonen" und den Männern als den "logisch denkenden Personen" ist ja schon in der Welt des Laien stark ausgeprägt. Es darf dann nicht verwundern, wenn Frauen mit den oben beschriebenen Charakteristiken in Rollenkonflikt kommen können, der dann seinerseits streßhaft wirken kann.

Altersunterschiede wurden insofern festgestellt, als ältere deutsche Herzinfarktpatienten selbstgenügsamer und gewandter waren, während die amerikanischen Patienten weniger Schuldgefühle und mehr Über-Ich Stärke zeigten. Eine Persönlichkeitsdimension

in Bezug zu Altersvariablen zeigte sich in beiden Kulturkreisen: ein geringerer Wert für Konfliktspannung. Dieses Ergebnis ist besondes insofern bemerkenswert, als eine Generalisierung dieses Faktors für alle Herzinfarktpersonen von vielen Seiten angenommen wird. Eine differenzierende Betrachtung warnt allerdings vor solchem Unterfangen. Dies kann sowohl Konsequenzen für die Prävention des Herzinfarktes als auch für mögliche Interventionen haben. Man könnte sogar die Vermutung aufstellen, daß der Herzinfarkt bei älteren Personen nicht so sehr wie bei jüngeren Patienten von streßreichen Ereignissen, die spannungsbildend wirken, beeinflußt wird wie bei jüngeren Patienten. Die Frage einer alternativen Erklärung für ältere Herzinfarktpatienten bleibt damit weiter offen.

Alle dieser Ergebnisse können natürlich nur mit Einschränkung betrachtet werden. Obwohl Persönlichkeitszüge im großen und ganzen stabil zu sein scheinen (McCrae & Costa, 1984), ist eine retrospektive Erforschung der Persönlichkeit in dem Sinne begrenzt, als bestimmte Merkmale eher auf Augenblickszustände hinweisen. Die emotionale Labilität, ausgeprägter Pessimismus und Neigung zu Schuldgefühlen können auch durch das Auftreten des Herzinfarktes selber erklärt werden. So gesehen, wären Persönlichkeitszüge als Folge und nicht als Ursache des Herzinfarktes denkbar.

Für den klinischen Psychologen ist diese Frage aber nur von eingeschränkter Bedeutung. Findet er einen Herzinfarktpatienten in einem Zustand von emotionaler Labilität, mit hoher Konfliktspannung und Neigung zu Schuldgefühlen, dann scheint es

für ihn zunächst angebracht, die belastenden Zustände eines Klienten verbessern zu helfen. Hier nun einige Vorschläge für die Intervention in Bezug auf die psychologische Lage des Patienten.

(1) Aus den Erfahrungen der Verhaltenstherapie wissen wir, welche Erfolge die Entspannungstherapie bei angespannten Personen hat (Jacobsen, 1970). Dieses Verfahren, einschließlich neuerer Versuche mit Biofeedbackverfahren (Birbaumer, 1978) sollten auch im Rahmen der Prävention und Rehabilitation von Herzinfarktpatienten brauchbar gemacht werden (vgl. auch Siegrist, 1980). Gefährdete Personen sollten außerdem lernen, durch kognitive Verfahren ihre Situation zu entspannen (Mahoney, 1977).

(2) Bei allen Anstrengungen, die Spannung bei herzinfarktgefährdeten Personen zu lösen, ist darauf zu achten, daß ältere Leute offensichtlich nicht unter dieser Schwierigkeit leiden. Hier wurde die Einschränkung der Ergebnisse von Dimsdale, Hackett, Block & Hutter (1978), sowie von Byrne & Whyte (1978) sichtbar.

(3) Den ausgeprägten Schuldgefühlen und dem Mißtrauen, das von den weiblichen Teilnehmern der Untersuchung gezeigt wurde, sind dagegen nicht nur mit entspannenden Maßnahmen zu begegnen. Hier sollte eher mittels der Gesprächstherapie der Stellenwert dieser Persönlichkeitszüge aufzudecken versucht werden ("problemorientiertes Gespräch" bei Siegrist, 1980);

(4) In diesem Zusammenhang wäre es sicher auch sinnvoll, in einer Art "Gespräche gegen die Angst" (Tausch, 1981) mit dem Herzinfarkt leben zu lernen. Neben solchen eher klient-

orientierten Gesprächen sollten auch verhaltenstherapeutische Maßnahmen berücksichtigt werden. So wandten Suinn & Bloom (1978) ein "anxiety management training" (AMT) an, bei dem besonders Entspannungstechniken benutzt wurden. Nach sechs Sitzungen wurden im Vergleich zu einer Kontrollgruppe niedrigere Angstwerte auf "trait" und "state" Messungen gewonnen.

(5) Mit Hilfe von Selbstsicherheitstrainings wäre die emotionale Labilität anzugehen, unter der so viele Infarktpatienten leiden.

Neben diesen Vorschlägen einer direkten klinischen Intervention sollte allerdings betont werden, daß die Änderung von Persönlichkeitsstilen in Bezug auf den Herzinfarktpatient nicht unbedingt wünschenswert ist. Beruflicher Erfolg, zum Beispiel, geht sehr oft mit den Persönlichkeitszügen eines Typ-A Verhaltens einher (Lenfant & Schweizer, 1985). Wenn man dann noch berücksichtigt, daß eine Typ-A Disposition schon früh in der Kindheit erworben sein kann (Matthews, 1977), dann läßt sich gut vorstellen, wie schwierig eine Intervention sein muß, die daraufhin abzielt, Persönlichkeitseigenschaften zu verändern.

5.3 Die kognitive Repräsentanz

Diese Untersuchung hat herauszutellen versucht, daß die kognitive Repräsentanz bei der Untersuchung des Lebensereignisprozesses ebenso bedeutungsvoll ist wie antezedente und nachfolgende Variablen. In der Tat können die Ergebnisse von Byrne & White (1980) bestätigt werden, nach denen es weniger auf

die bloße Anzahl von Ereignissen vor einem Infarkt anzukommen scheint als auf die subjektive Interpretation vergangener Erlebnisse.

Die kognitive Repräsentanz spielt auch nach dem kritischen Ereignis des Herzinfarktes eine herausragende Rolle: es ist überraschend, daß der Herzinfarkt in dieser Studie als eher positiv denn negativ erlebt wurde. Die eigene Situation wird als veränderbar und selbst auch als Veränderung des Lebens gesehen. So gesehen, zeigte sich der Herzinfarkt durchaus auch als Herausforderung:

> "Es ist ein Warnschuß zur Umkehr, zur anderen Lebensgestaltung, so würde ich es vielleicht zusammenfassend sagen. Dieser Warnschuß ist sicherlich so gravierend, daß er auch - so hoffe ich - nachhaltiger mein Leben umkrempeln wird wie die Erlebnisse vorher, und ich sehe es auch tatsächlich als eine Zäsur an innerhalb meines Lebens wie seinerzeit vielleicht, als ich aus der Gefangenschaft kam..."
>
> Herr S., 57 Jahre

Obwohl der Infarkt in vielen Fällen als Herausforderung gesehen wird, zeigte er sich in vielen anderen Fällen auch (und oft gleichzeitig) als Bedrohung:

> "Ich möchte in keinem Fall, in keinem Fall möchte ich Rente; ich würde sehr gerne sofort wieder zur Arbeit gehen, wenn es möglich ist, und ich Arbeit finde... Ich würde sehr gerne wieder arbeiten, es wäre mit ein Schock, wenn ich nur noch von der Rente leben müßte und sonst nichts mehr machen könnte; von Anfang an war ich so eingestellt, von Anfang an der Krankheit..."
>
> Herr T., 52 Jahre

An diesem Beispiel zeigt sich, wie sehr Herr T von beidem, der Herausforderung wieder arbeiten zu wollen, aber auch der Bedrohung, vielleicht keine Arbeit finden zu können, betroffen ist. Es wäre daher falsch, Herausforderung und Bedrohung als Gegenpole aufzufassen.

Ein Vergleich zwischen deutschen und amerikanischen Teilnehmern der Untersuchung blieb aufgrund verschiedener Meßmethoden begrenzt. Dennoch konnte herausgestellt werden, daß die wahrgenommene Anteilnahme der Umwelt bei den deutschen Teilnehmern sehr viel größer war als bei den amerikanischen Personen. Ein amerikanischer Teilnehmer erklärte dies so:

> "If you live in Pennsylvania and your kids live in Texas, then you can't expect much support. They'll come for a week-end, talk with you on the phone, but it's not the same as if they were living here."

Die geographische Nähe zu den Kindern scheint also den direkten sozialen Kontakt sehr zu unterstützen. Obwohl diese Gegebenheit wohl für die meisten deutschen Patienten zutraf, scheint diese Feststellung doch besonders die weiblichen deutschen Untersuchungspersonen zu betreffen. Hier eine Gegenüberstellung:

> "Die waren erschüttert, das muß ich wirklich sagen; die sind an mein Bett gekommen und haben geweint. Da hab ich meinen Söhnen gesagt: 'Meint ihr, ich wollte schon sterben?' Das hab ich noch gesagt. Und sonntags morgens kam mein einer Sohn an, streichelte mir über die Wange und sagte: 'Mutti, was ist mir dir denn?' Er durfte ja eigentlich nicht rein, aber er hat sich doch reingemacht, und da habe ich gesagt: 'Meint ihr, ihr seid nicht alle ein wenig mit Schuld dadran?'
> Der war nämlich auch so ein kleiner Luftikus, aber sonst war es ein guter Kerl. Jedes Kind macht Sorgen,

jede Mutter hat irgenwie Sorgen mir ihren Kindern... aber die Kinder haben ja auch keine Zeit; die können ja nicht immer um mich herum sein..."

Frau P., 56 Jahre

"Sofern man das beurteilen kann, ist natürlich die große Betroffenheit da, das würde ich als eine Routinebetroffenheit werten, obwohl sicherlich diese Dinge ehrlich gemeint sind. Die guten Ratschläge, die also mitgeliefert werden, die sind sicherlich auch ehrlich gemeint, aber dafür kann man sich nichts kaufen, und die klingen natürlich alle auch nach 0-8/15 Ratschlägen, man selbst gibt sicherlich solche Ratschläge auch, aber das ist doch mehr dahingesprochene Routine..."

Herr K., 46 Jahre

Dieser Vergleich zeigt deutlich, wie unterschiedlich die Unterstützung der Umwelt wahrgenommen wird. Frau P. war offensichtlich ganz darauf bedacht, die Kinder um sich zu haben, während Herr K. alle "Bemutterung" offen kritisierte. Dazu noch ein Beispiel:

"Als ich nach Hause kam - die ganze Familie, die wollten mir irgendetwas Gutes; sie waren alle um mich herum, wenn ich irgendetwas angefaßt habe, 'komm, ich mach das schon,' bis dann, dann bin ich eines Tages 'ausgeflippt,' auch gegen meine Verwandtschaft, da habe ich denen einmal ganz klar gemacht, ich weiß selbst, was ich darf, und was ich nicht darf, sie sollen mich nicht so bevormunden und bevorworten, denn das würde mir langsam auf die Nerven gehen; das habe ich dann auch meiner Frau gesagt, und meine Frau hat sich sehr gut darauf eingestellt..."

Herr Z., 45 Jahre

Bei den Frauen der deutschen Stichprobe könnte man fast davon sprechen, daß dem Herzinfarkt ein Appellcharakter zukommt. Plötzlich ist die Familie wieder um die Mutter herum, jetzt hat der Ehemann wieder mehr Zeit. Diese Reaktion wurde ja schon von anderen Untersuchungen herausgestellt (Mayou, Foster, &

Williamson, 1978). Der symbolische Appellcharakter, den ein Herzinfarkt besitzen kann wird noch einmal in dem folgenden Explorationsauszug deutlich:

> "Das wichtigste Ereignis? Da weiß ich nicht, was ich zu sagen soll, hinderlich? Ich war an und für sich mit meiner Aufgabe zufrieden, ich war sehr gerne zu Hause und nicht unglücklich, daß ich keinen Urlaub machen konnte - vielleicht, daß mein Mann etwas wenig Zeit für mich hatte, der war ja beruflich so angespannt..."

und später in der Exploration:

> "Der Herzinfarkt, etwas Positives gebracht? Ja, das könnte ich nur auf meinen Mann beziehen. Nach dem Herzinfarkt hat er sich etwas mehr Gedanken gemacht und mehr Fürsorge gezeigt. Das ist wohl das Positive an der Sache. Er hat dann an alles gedacht und immer gesagt: 'tu nicht so viel, ich tu das hier.' Das hat er vorher nicht getan, und das wird das Positive dadran sein..."
>
> Frau T., 59 Jahre

Man kann recht deutlich sehen, wie unterschiedlich die Reaktion auf vermehrte Fürsorge ist. Das Problem mangelnder Zuwendung ist möglicherweise durch die folgenden Aspekte lösbar:

(1) Das Familienleben von herzinfarktgefährdeten Personen muß mehr aufeinander gerichtet sein und vor allem mehr Offenheit zeigen, sodaß sich nicht durch einen Infarkt verstecktes Auseinanderleben zeigt. Siegrist betont in diesem Zusammenhang eine Aktivierung der Unterstützungssysteme (Siegrist, 1980), Lin, Simeone, Ensel, & Kuo (1979) sprechen von einem "buffering factor."

(2) Die Frau muß überall da, wo sie in einer zu großen Abhänigkeit zum Mann steht, mehr Eigenständigkeit entwickeln, mit mehr Flexibilität zum Familienleben.

Die eingehende Diskussion der kognitiven Repräsentanz bei den weiblichen Teilnehmern der Untersuchung scheint besonders deshalb gerechtfertigt zu sein, da ihre Werte der kognitiven Repräsentanz in einigen Fällen nicht wünschenswert erschienen. Während es sich darüber argumentieren läßt, ob die Anteilnahme der Umwelt nun hilfreich ist oder nicht (schließlich könnte es dem männlichen Infarkt nicht schaden, bis zu einem gewissen Grad Hilfe und Zuwendung anzunehmen), sind die Dimensionen "Verursachung des Infarktes" und "Veränderbarkeit" bei den Frauen eindeutig auf der weniger wünschenswerten Seite. Die Frauen der Untersuchung glaubten nicht, auch selbst an der Verursachung des Infarktes beteiligt gewesen zu sein und hielten ihre Situation im allgemeinen für wenig veränderbar. Das Beispiel von Frau P (siehe oben) hat verdeutlicht, wie sehr die Ursachen und Gründe außerhalb der eigenen Kontrolle wahrgenommen wurden. Diese Beobachtung ist im übrigen für beide Kulturkeise zutreffend.

> "Ich glaube, daß das Selber-in-den-Griff-bekommen die einzige Chance ist, sein Leben zu ändern und die einzige Chance ist, überhaupt zurechtzukommen, seine Leistungsfähigkeit zu kennen..."
>
> Herr S., 56 Jahre

Es scheint noch einmal angebracht, darauf hinzuweisen, daß die verschiedenen gesellschaftlichen Rollenauffassungen, sowohl in den USA, als auch in der Bundesrepublik, es dem Mann sehr viel eher gestatten, seine eigene Situation zu ändern. Die Möglichkeiten im Beruf und in der Gestaltung der neuen Situation

sind vielseitiger, während die Hilfe des Mannes in der Küche bei weiblichen Herzinfarktpatienten oft nur von eingeschränkter Dauer ist.

Schließlich soll noch kurz auf die Ergebnisse der Faktorenanalyse zur kognitiven Repräsentanz eingegangen werden. Es scheint, als ob die kognitive Repräsentanz in zwei verschiedene Wahrnehmungsmuster unterteilt werden kann: zunächst in einen Faktor, der eher von der wahrgenommenen Bedrohung des kritischen Ereignisses bestimmt ist. Mit der Bedrohungsdimension geht die "Flucht" in die Umwelt einher und die Sicht des Ereignisses als Einengung/Ausweitung. All diese Dimensionen weisen auf mehr passive Kognitionen hin (Bedrohung, Verlassen auf die Umwelt), während man den zweiten Faktor als eher aktive Wahrnehmungskomponente auffassen könnte: die Hauptkomponente ist eindeutig von der Wahrnehmung des Ereignisses als Herausforderung bestimmt, mit der die Dimensionen der Veränderbarkeit und Attributionsvorgänge (Selbst-Fremdverursachung) einhergehen. Die Bedeutungshaltigkeit der Situation erhielt hohe Ladungen auf beiden Faktoren. Als dritter Faktor trat noch eine Kombination aus Antizipation/Kongruenz hervor. Da diese Dimensionen allerdings mehr auf Vergangenheitsaspekte bezogen sind, bleibt dieser Faktor etwas außerhalb der Diskussion um die kognitive Repräsentanz, die mehr Fragen zur gegenwärtigen Situation stellt. Schließlich sei noch anzufügen, daß die Ergebnisse dieser Faktorenanalyse nur explorativen Charakter haben und keine verallgemeinerten Schlußfolgerungen zulassen.

Grundsätzlich sollte aus den Ergebnissen zur kognitiven Repräsentanz festgehalten werden, daß die Wahrnehmung der eigenen Situation nach dem Infarkt eine bedeutende Rolle für das weitere Leben der Patienten spielen kann. Diese Sichtweise ist der von anderen Autoren ähnlich (Garrity et al., 1976; Krantz & Schulz, 1980), die herausstellen, daß krankheitsförderndes Verhalten von einer Entscheidungsreihe abzuhängen scheint, die auf der subjektiven Sichtweise des eigenen Gesundheitszustandes beruht. So betonen Garrity et al. besonders, daß viele physische, psychosoziale und soziologische Prädiktoren einer Post-Herzinfarktanpassung durch die subjektive Sicht des eigenen Gesundheitsstatus beeinfluß wird.

5.4 Daseinstechniken

Bei der Untersuchung der verschiedenen Daseinstechniken scheinen recht deutliche Kulturunterschiede zu bestehen, obwohl der Vergleich auf unterschiedlichen Methoden beruht. Dennoch ist schon bei einer früheren Untersuchung (Martin, 1982) herausgestellt worden, daß sich gerade die deutsche Herzinfarktstichprobe durch Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit auszeichnet. Hinzu kommen Techniken des Verleugnens, sich verlassen auf andere und evasive Reaktionen. Eine solche Konstellation bietet vom psychologischen Standpunkt her gesehen nicht gerade die beste Grundlage der Rehabilitation. Bevor diese Gegenbenheit weiter untersucht wird, sollen aber zunächst Beispiele dieser eher passiven Daseinstechniken aufgezeigt werden:

Niedergeschlagenheit: "Der Psychologe meinte ja auch, dann müßte man sich eben umstellen, und wenn man zu spät kommt, dann kommt man eben zu spät; ich glaube, da verkennt er aber den Arbeitsmarkt, 1955 war das kein Problem, aber wir sind fünfundzwanzig Jahre weiter, da sieht das anders aus...

Und genauso ist es zu Hause, wenn sie sagen wollen: heute nachmittag machen wir wirklich mal nichts, aber: irgendwann will der Rasen bearbeitet werden, wenn Sie sagen: 'heute nicht und am Samstag nicht,' am nächsten Mittwoch regnet es und an dem Mittwoch danach, wenn sie freihaben, regnet es wieder, der Rasen wird immer höher, und die Arbeit wird schwerer - und das Ganze baut sich dann innerlich auf, das kann man nicht verdrängen, oder man müßte Valium nehmen - es ist doch so - ich könnte nicht dagegen angehen, das baut sich in einem auf; gut, der andere kann jetzt sagen, dann laß den Rasen, dann geh' ich mir 'ne Kuh kaufen, aber das geht ja auch nicht..."

Herr T., 46 Jahre

Sich verlassen auf andere: "Ich bete ja sehr viel. Ich bin nicht ein überkatholischer Christ, aber ich bete viel. Ich bete viel für mich. Wenn ich dann so am Fenster stehe und schaue hinaus, dann bete ich ein 'Vater Unser' oder 'Jesus, hilf mir, nimm mir doch einmal alles vor mir weg...'"

Frau P. 56 Jahre

Verleugnen: "Wie ich Ihnen ja eben schon gesagt habe: ich bin mir bis heute noch nicht richtig bewußt, daß ich überhaupt einen Herzinfarkt gehabt habe..."

Herr I., 33 Jahre

Evasive Reaktion: "Der bedeutet für mich, daß ich langsam kaputt gehe, daß ich da jeden Tag mit rechnen muß, aber Kopfschmerzen deswegen mache ich mir nicht, wenn ich kaputt gehe, dann habe ich eben Pech gehabt; das sage ich heute noch - ich kann es ja nicht aufhalten..."

Herr L., 52 Jahre

Obwohl die Rangreihe der hauptsächlich gebrauchten Daseinstechniken bei der amerikanischen Gruppe deutlich anders aussah, ist die Richtung der Auseinandersetzung doch änlich: zunächst vergleicht sich der Herzinfarkt-Patient mit anderen Personen, denen es scheinbar noch schlechter geht (in den Interviews war bei keiner Person festzustellen, daß sie meinte, anderen ginge es besser); die Hoffnung auf Wende und Korrektur der Erwartungen dienten als weitere oft gebrauchte Daseinstechniken. Obwohl diese Bewältigungsstrategien allesamt positiver getönt sind, beschreiben so doch nicht gerade aktivere Formen der Daseinsbehauptung, wie das bei anderen Krankheiten der Fall ist (Thomae,1984).

Die Interventionshilfe sollte sich also sowohl in den USA wie in der Bundesrepublik auf die Unterstützung aktiverer Formen der Auseinandersetzung mit der Situation beziehen. Nur so kann den deutlichen Ausprägungen der Hoffnungslosigkeit entgegengesteuert werden.

Es sollte aber darauf hingewiesen werden, daß durchaus Ansätze zu aktiveren Formen der Daseinsbehauptung vorhanden waren. In beiden Kulturkreisen bezogen sich diese Daseinstechniken besonders auf die Selbstreflektion:

> "Ich muß erst einmal mit mir selber ins Reine kommen; ich kenne sehr, sehr viel Leute hier, ich spreche mit denen, ich setze mich auch nicht an denselben Platz, ich wandere morgens beim Frühstück, damit ich mit jedem ins Gespräch komme, aber: ich schließe mich nicht direkt einer Clique an, in keinster Weise, auch nicht mit irgendwelchen Leutchen hier, die sagen: 'Wir treffen uns dann und dann;' ich bin fast immer alleine gelaufen, obwohl ich ein recht geselliger Typ bin, ich muß erst mit mir selbst ins Reine kommen.

'Wie kannst du dein Leben jetzt irgendwie verändern,' frage ich mich, durch den Herzinfarkt ist eine Zäsur eingetreten, ich muß jetzt mit meinen Kräften haushalten, ich habe Verantwortung, nicht nur meinem Arbeitgeber gegenüber, sondern auch der Familie gegenüber, die ich auch immer gespürt habe, auch gesehen habe, aber vielleicht doch nicht in der Form.

Ich bin jetzt praktisch zu der Erkenntnis gekommen, daß ich im Amt vertreten werden kann, obwohl man ja immer meint, es geht nicht weiter, ich habe aber inzwischen eingesehen...daß ich da zu ersetzen bin, komme aber zu der Erkenntnis, daß ich in der Familie wahrscheinlich nicht so schnell zu ersetzen bin..."

Herr S., 57 Jahre

Die Möglichkeiten der aktiven Auseinandersetzung sind also durchaus vorhanden und werden auch von manchen Herzinfarktpatienten wahrgenommen. Bei den Männern der Stichprobe stellt sich diese Form der Auseinandersetzung jedoch oft als Flucht in die Aktivität dar. Die deutschen Frauen hingegen unterscheiden sich besonders darin, daß sie mehr Appell an die Hilfe anderer zeigen (vergleichbar mit der kognitiven Repräsentanz), vermehrten sozialen Kontakt suchen und den Herzinfarkt als Problem oft verleugnen. Nun mag dies nicht unbedingt eine mindere Form der Auseinandersetzung sein, da Coping Studien "bessere" Daseinstechniken von "schlechteren" noch nicht klar haben unterscheiden können. Da diese Geschlechtsunterschiede in der deutschen Population jedoch mit vermehrten depressiven Reaktionen bei den Frauen einhergehen, muß man die Effektivität solcher Arten der Auseinandersetzung doch in Frage ziehen. Als vorläufige Hypothese bietet sich an, daß

(1) Herzinfarktpatienten in ihrer Selbstreflektion gestützt und ihr Interesse an vermehrter Information befriedigt werden sollte, und daß

(2) Herzinfarktpatienten in der Entwicklung vermehrter Eigenständigkeit bestärkt und die verständlichen Depressionen gemeinsam berarbeitet werden. Die Anwendung von Gruppentherapie scheint besonders geeignet, Depressionen der Patienten zu vermindern (Mone, 1970); ferner sollten

(3) Innere Distanzierung und evasive Reaktionen insoweit abgebaut werden, wie sie den Anforderungen der neuen Situation und der aktiven Auseinandersetzung entgegenstehen.

Schließlich soll noch ein Wort zur Konstruktion und Auswertung der Coping-Items gesagt werden. Es war sicher nicht die Absicht des Autors, einen neuen Fragebogen zu entwerfen; diese Aufgabe sollte besser Forschern überlassen werden, deren Interesse der Methodenforschung gilt. Hier wurde vielmehr der Versuch unternommen, geeignete Indikatoren für ein LISREL-Modell zu finden. Es scheint angebrachter zu sein, einen größeren Pool von Items zusammenzustellen, aus dem die besten Indikatoren für die weitere Auswertung der Daten benutzt werden. In diesem Sinne lassen sich solche Indikatoritems gezielt auf die untersuchte Stichprobe anwenden. Im übrigen scheint es kaum möglich zu sein, ein allgemeines Coping-Instrument auf alle kritischen Ereignisse anwenden zu können. Der hier eingeschlagene Weg soll also eine Alternative darstellen.

Nun werden Items allerdings nicht blindlings konstruiert. Als Ausgangsbasis für diese Studie diente der Ansatz der Bonner Schule, die sich besonders um die theoretische Aufarbeitung der Daseinstechniken verdient gemacht hat. Bei aller Theorie schien es jedoch an der spezifischen Handhabung von Daseinstechniken zu

mangeln. Aus diesem Grunde wurden für diese Untersuchung Items konstruiert, die den Thomaeschen Daseinstechniken entsprechen sollten. Von den 22 vorgeschlagenen Daseinstechniken wurden neun mit dieser Methode auf Anhieb repliziert, Grund genug, eine Kombination des Thomaeschen Ansatzes und der traditionellen Faktorenanalyse zu unterstützen. Der Gebrauch von Indikatoren, die ihre Meßfähigkeit von Dimensionen erst beweisen müssen, scheint in dieser Studie nicht nur gerechtfertigt, sondern als Alternative zu den eher traditonellen Wegen der Messung von Coping angebracht zu sein.

Nicht zuletzt wurde mit dieser Methode die Errechnung eines LISREL-Modells möglich, das die errechneten Coping-Indikatoren mit Persönlichkeitsfaktoren in Verbindung setzte. Hohe Faktorenladungen zeigten sich sowohl für die Indikatoren der latenten Persönlichkeitsdimensionen "Extraversion" und "Angst," als auch für aktives und passives Coping. Es wurde auch deutlich, daß Persönlichkeit und Coping, zumindest für diesen Datensatz - unterschiedliche Dinge darstellten. Das LISREL-Modell verdeutlicht, wie Extraversion ein guter Prädiktor für aktives Coping ist (zumindest in der amerikanischen Bevölkerung), während "Angst" als Persönlichkeitsfaktor nur unzureichend Coping vorhersagt.

Es muß aber auch hinzugefügt werden, daß das hier vorgestellte Modell keine perfekte Lösung darstellt, sondern nur einen möglichen Vorschlag, der dem Datensatz möglichst gut entspricht. Alternative Modelle können sicherlich erarbeitet werden, und die letztendliche Auswahl des relativ "besten"

Modells bezieht sich auf das theoretische Konzept, von dem man ausgegangen ist. So gesehen ist das hier vorgeschlagene LISREL-Modell ein Verfahrensvorschlag innerhalb der Lebensereignisforschung. Wenn antezedente und konkurrente Variablen tatsächlich in kausalem Zusammenhang mit Ereignisvariablen und Daseinstechniken stehen, dann scheint ein LISREL-Modell besonders angebracht, um den Zusammenhang dieser Variablen zu beleuchten. Im Gegensatz zur Pfadanalyse ermöglicht ein vollständiges LISREL-Modell, mehrere Indikatoren für latente Variablen zu benutzten. In zukünftigen Studien scheint der Gebrauch von LISREL besonders beim statistischen Vergleich des gleichen Modells für verschiedene Altersgruppen oder derselben Altergruppe zu verschiedenen Meßzeitpunkten angebracht zu sein. Schließlich ermöglicht das LISREL-Verfahren, alternative Modelle in Bezug auf denselben Datensatz gegeneinander zu testen.

6. Zusammenfassung

Die wesentlichen Ergebnisse dieser Studie sollen hier noch einmal in tabellarischer Form zusammengefaßt werden:

Lebensereignisse:

USA: -gesundheitliche Ereignisse

USA-FRG: -mehr gesundheitliche Ereignisse in den USA
-mehr Ereignisse in Bezug zu Wohnung/Haus in FRG

Persönlichkeit:

-Emotionale Labilität
-Pessimismus
-Neigung zu Schuldgefühlen
-Konfliktspannung

Frauen: -Logisches Denken
-Konservatismus (USA), Liberalismus (FRG)

Kognitive Repräsentanz

-Positives Erleben
-Herausforderung
-Bedrohung

Frauen: -Anteilnahme der Umwelt hoch (in FRG)

Männer: -Selbstverursachung
-Veränderbarkeit der Situation

Daseinstechniken

FRG: -Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit
-Verleugnen
-Evasive Reaktion

USA: -Identifikation mit den Schicksalen anderer
-Hoffnung auf Wende
-Korrektur der Erwartung

7. Ein allgemeiner Interventionsversuch

Direkte psychologische Interventionsversuche sind bei der Herzinfarktproblematik nur vereinzelt zu finden. Suinn (1975), zum Beispiel, untersuchte die Effektivität eines Stress-Management Trainings in Bezug auf subjektive und objektive Indizes der Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes. Aus seinen Ergebnissen folgerte er, daß alle Patienten der Meinung waren, diese Art der Therapie sollte Kreislaufpatienten angeboten werden, und alle Untersuchungspersonen bestätigten, das Programm hätte ihnen geholfen, die Konfliktspannung besser in den Griff zu bekommen; 83% der Teilnahmer meinten außerdem, das Trainingsprogramm habe ihnen dabei geholfen, den Typ-A Lebensstil zu ändern. Außerdem berichtete der Autor von einer Verbesserung des Cholesterin- und Fettspiegels im Vergleich zu einer Kontrollgruppe.

Eine Reihe anderer Verhaltenstechniken zeigten sich in Bezug zur Typ-A Verhaltensänderung als besonders förderlich (Gentry, 1978): positive Verstärkung des Typ-B Verhaltens (zum Beispiel, ein Spaziergang im Park, Besuch von Buchläden und Kunstgallerien), Vermeideverhalten (zum Beispiel, keine Uhr zu tragen), Gedankenstop (zum Beispiel, bei negativen Gedanken über ungenügende Zeit, mehrere Aufgaben zur gleichen Zeit zu verrichten) und eine Reihe von Entspannungstechniken, sowie kognitiven Verhaltensmodifikationen.

In einem Präventionsprogramm berichten Blumenthal, Williams, Williams, & Wallace (1980) von einem 10-Wochen Training, an dem 46 gesunde Männer und Frauen teilnahmen. Schon während des Trainingsprogrammes fanden sie eine Verbesserung des

Kreislaufverhaltens bei den Übungen, signifikante Gewichtsverluste, eine Verminderung des Blutdrucks und eine Verminderung der Typ-A Werte auf der Jenkins Skala. Während sich die Werte der Untersuchungsgruppe von +9.6 auf 6.2 änderten, blieben der Werte der Kontrollgruppe stabil.

Schließlich fanden Ibrahim, Feldman, Shultz, Staiman, Young, & Dean (1974), daß Gruppentherapie besonders das Ausmaß von Wettbewerbsgefühlen und übermäßiges Verantwortungsgefühl (als Kennzeichen des Typ-A Verhaltens) verminderte. Es muß allerdings noch einmal darauf hingewiesen werden, daß eine Veränderung des Typ-A Verhaltens nicht für jeden Patienten wünschenswert erscheint. Eine Intervention muß sich gerade deshalb an den Zielen und Wünschen der Klienten orientieren. Solche Ziele werden aber oft nur durch ein Aufdecken der kogntiven Repräsentanz faßbar. Im übrigen stellen Verhaltensmodifikationen nur eine mögliche Art der Intervention dar, die durch andere Verfahren bereichert werden sollte.

Baltes & Danish (1980) haben ein taxonomisches Modell der Intervention vorgeschlagen, das auf die Herzinfarktproblematik angewandt werden kann. Die Ziele einer solchen Intervention beziehen sich sowohl auf die Erleichterung der Situation, wie auch auf Prävention und Bereicherung (Tab. 21):

Tabelle 21

Psychologische Interventionsstrategien

(nach Baltes & Danish, 1980)

Goal	Target behavior	Setting	Mechanism
Enrichment	Cognition	Laboratory	Training-practice
Prevention	Language	Family	Social Learning
Alleviation	Intellectual abilities	Classroom	Psychotherapy
	Social interactions	Senior citizen center	Environment change
	Motivational states	Hospital	Health delivery
	Personality traits	Community	Economic support
	Attitudes	Macroecology	

Auf die Herzinfarktproblematik bedeutet das:

(1) Der Herzinfarktpatient sollte Kognitionen, Sprache und seine intellektuellen Fähigkeiten benutzen, um seine Situation zu erleichtern. Er sollte soziale Interaktionen entwickeln und dabei motivationale Aspekte, die ihm eigene Persönlichkeit und Einstellungen berücksichtigen;

(2) Die Art der Interaktion kann in einer Beratungsstelle (vor allem im Sinne der Gemeindepsychologie), innerhalb der Familie oder bei der Weiterbildung staffinden. Entsprechende Erfolge wurden zum Beispiel von einem Kalifornischen

Präventionsprojekt berichtet (Farquhar et al. 1977). Drei Städte nahmen an der Untersuchung teil: während die erste über zwei Jahre durch ausführliche Medienberichte über Risikofaktoren von Kreislauferkrankungen informiert wurde, wurden in einer zweiten Stadt zusätzlich intensive Anweisungen an zwei Drittel der besonders von Risiken betroffen Probanden gegeben. Eine dritte Stadt diente als Kontrollgruppe. Ergebnisse dieser Studie zeigten, daß sowohl eine Medienaufklärung, wie auch individuelle Intervention eine Verminderung von Risikofaktoren in der Bevölkerung zur Folge hatte. Während die Kontrollgruppe nur unwesentlich Veränderungen hinsichtlich von Risikofaktoren erfuhr (8% nach drei Jahren), verminderte sich das Risiko in der Mediengruppe I (ohne persönliche Beratung) um ungefähr 23%, während die Veränderung in der Mediengruppe II (mit persönlicher Beratung) 29% betrug.

(3) Interventionsmechanismen schließen Trainingsstudien und allgemein soziales Lernen ein, aber auch Möglichkeiten der Therapie, finanzielle Hilfe (falls nötig) und eine Änderung der Umwelteinstellungen im makroökologischen Rahmen.

(4) Die Erleichterung der Situation kann vor allem durch eine Therapie ermöglicht werden, die sich auf das Erlebnis des Individuums konzentriert. Der Focus einer solchen Erlebnistherapie sollte auf den Dimensionen der kognitiven Repräsentanz liegen:

-Positive/negative Einstellungen zum Herzinfarkt;

-Mögliche Einschränkungen, verursacht durch den Infarkt;

-Verursachung des Herzinfarktes;

-Vergangenheitsaspekte, wie Antizipation, Kongruenz;

-Bedeutsamkeit des Ereignisses;

-Wahrnehmung der Umwelt;

-Der Herzinfarkt als Herausforderung;

-Der Herzinfarkt als Bedrohung.

Ein Verlaufsplan der Erlebnistherapie könnte zum Beispiel folgendermaßen aussehen:

I. Phase: Klient-zentrierte, allgemeine Repräsentanz des Ereignisses

II. Phase: Spezielle Repräsentanz der einzelnen Dimensionen

III. Phase: Vorbereitung auf effektive Daseinstechniken

(1) Problemlösestrategien

(2) Entspannungstechniken

(3) Kognitive Restrukturierung

(4) Kommunikationstraining

Diese Phasen der Erlebnisverarbeitung sind nur erste Ansatzpunkte für eine Therapie, die sich besonders auf kritische Lebensereignisse bezieht. Zukünftige Forschungsarbeiten sollten sich mit der Entwicklung einer solcher Therapieform beschäftigen.

Es sollte hier nicht herausgestellt werden, daß eine Art der Therapie möglicherweise einer anderen überlegen ist, sondern vielmehr darauf aufmerksam gemacht werden, daß psychologische Therapie überhaupt angewandt wird. Roskies et al. (1979) zeigten zum Beispiel, daß sowohl Verhaltensmodifikationen als auch psychoanalytisch ausgerichtete Therapieformen zu gleichen

Erfolgen führen können, wenngleich die Verhaltenstherapien nachhaltigere Effekte zu haben schienen. Es sollte also noch einmal festgestellt werden, daß therapeutischer Erfolg sowohl auf individueller, wie auch auf Gruppen- und Gemeindepsychologischer Basis nachweisbar ist und aus diesem Grunde dringend angeraten wird. Bei zukünftigen Studien sollte jedoch besonders darauf geachtet werden, den Gesamtprozeß des kritischen Ereignisses eines Herzinfarktes zu berücksichtigen.

Literatur:

Amster, L. E., & Krauss, H. H. (1974). The relationship between life crises and mental deterioration in old age. **International Journal of Aging and Human Development**, 5, 51-55.

Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D. M., & Vaillant, G. P., (1978). Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment. **Journal of Nervous Mental Diseases**, 166, 307-317.

Antonovsky, A., & Kats, R. (1967). The life crisis history. **Journal of Health Social Behavior**, 8, 15-21.

Aspirin Myocardial Infarction Study Research Group (1980). A randomized, controlled trial of aspirin in persons recovered from myocardial infarction. **Journal of the American Medical Association**, 243, 661-669.

Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsitt, L. P. (1980). Life-span developmental psychology. **Annual Review of Psychology**, 1980, 65-110.

Baltes, P. B., & Danish, S. J. (1980). Intervention in life-span development and aging: issues and concepts. In R. R. Turner & H. W. Reese (Hrsg.). **Life-span developmental psychology: intervention**. New York: Academic Press.

Barrett, W. (1972). **Time of need: Forms of imagination in the twentieth century**. New York: Harper & Row.

Basowitz, H., Persky, H., Korchin, S. J., & Grinkev, R. R. (1955). **Anxiety & Stress**. New York: McGraw Hill.

Beck, J. C. (1978). Social influences on the prognosis of schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, 4, 86-101.

Benfari, R. C. (1981). The multiple risk factor intervention trial (MRFIT) III. The model for intervention. **Preventive Medicine**, 10, 426-442.

Birbaumer, N. Biofeedback (1978). In L. J. Pongratz (Hrsg.): **Handbuch der Psychologie**, Bd. 8, Klinische Psychologie. Göttingen: Hogrefe.

Bloom, B. L., Asher, S. J., & White, S. W. (1978). Marital disruption as a stressor. A review and analysis. **Psychological Bulletin**, 85, 867-894.

Blumenthal, J. A., Williams, R. S., Williams, R. B., & Wallace, A. G. (1980). The effects of exercise on the type A behavior pattern. **Psychosomatic Medicine**, 42, 289-296.

Bourque, L. B., & Back, K. W. (1977). Life graphs and life events. **Journal of Gerontology**, 32, 1977, 669-674.

Bolton, B. F. (1978). The Sixteen PF. In O. K. Buros (Hrsg.), **The eight mental measurement yearbook**. Highland Park, N. J.: Gryphon Press.

Brammer, L. M., & Abrego, P. J. (1981). Intervention strategies for coping with transitions. **Counseling Psychologist**, 6, 19-36.

Braukmann, W., Filipp, S.-H., Ahammer, I., Angleitner, A., & Olbrich, E. (1981). "Vorhersagbarkeit" und "Kontrollierbarkeit" als Merkmale prospektiv perzipierter Lebensereignis - Entwicklung des "FEBL F." **Forschungsberichte aus dem E.P.E. Projekt, Nr. 6.**

Briscoe, C. W., Smith, J. B., Robins, E., Marten, S., & Gaskin, F. (1973). Divorce and psychiatric disease. **Archives of General Psychiatry, 29,** 119-125.

Brown, G. W. (1974). Meaning, measurement, and stress of life events. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Hrsg.): **Stressful life events. Their nature and effects.** New York: Wiley.

Brown, G. W. (1980). Wie können die Bedeutung und der Streß von Lebensveränderungen gemessen werden. In H. Katschnig (Hrsg.), **Sozialer Streß und psychische Erkrankung** (S. 167-195). München: Urban & Schwarzenberg.

Brown, G. W., & Birley, J.L.T. (1968). Crises and life changes and the onset of schizophrenia. **Journal of Health and Social Behavior, 9,** 203-214.

Brown, G. W., Harris, T., & Copeland, J. R. (1977). Depression and loss. **British Journal of Psychiatry, 130,** 1-18.

Brown, G. W., & Harris, T. (1978). **Social origins of depression.** New York: Free Press.

Brown, G. W., Bhrolchain, M. N., & Harris, T. O. (1980). Soziale Schicht und psychische Störungen bei Frauen in einer städtischen Bevölkerung. In H. Katschnig (Hrsg.), **Sozialer Streß und psychische Erkrankung** (S. 279-307). München: Urban & Schwarzenberg.

Brown, G. W., Harris, T. O., & Peto, J. (1980). Die Kausalbeziehung zwischen lebensveränderden Ereignissen und psychischen Störungen. In H. Katschnig (Hrsg.): **Sozialer Streß und psychische Erkrankung.** München: Urban & Schwarzenberg.

Bullmann, A. (1979). **Der Berufsanfang als "developmental task" - eine empirische Untersuchung bei Erzieherinnen.** Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Bonn.

Buros, O. K. (Hrsg.). **The seventh mental measurement yearbook.** Highland Park, N. J.: Gryphon Press.

Burr, W. R. (1973). **Theory construction.** New York: Wiley.

Byrne, D. G., & Whyte, H. M. (1978) Dimensions of illness behaviour in survivors of myocardial infarction. **Journal of Psychosomatic Research, 22,** 485-491.

Byrne, D. G., & Whyte, H. M. (1980). Life events and myocardial infarction revisited. The role of measures of individual impact. **Psychosomatic Medicine, 42,** 1-10.

Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959) Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. **Psychological Bulletin, 56,** 81-105.

Cannon, W. B. (1932). **The wisdom of the body.** New York: Norton.

Cattell, R. B. (1956) Sixteen personality factor questionnaire. Champaign, Ill: Institute for Personality and Ability Testing.

Cattell, R. B., & Bolton, L. S. (1969). What pathological dimensions lie beyond the normal dimension of the 16 PF? A comparison of MMPI and 16 PF factor domains. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33,** 18-29.

Chan, K. B. (1977). Individual differences in reactions to stress and their personality and situational determinants: Some implications for community mental health. **Social Science and Medicine, 11,** 89-103.

Clayton, P. J. (1974). Mortality and morbidity in the first year of widowhood. **Archives of General Psychiatry, 30,** 747-750.
Cochrane, R., & Robertson, A. (1973). The life events inventory: a measure of the relative severity of psychological stressors. **Journal of Psychosomatic Research, 17,** 135-139.
Coelho, G. V., Hamburg, D. A., & Adams, J. E. (1974). **Coping and adaption.** New York: Basic Books.
Cohen, F., & Lazarus, R. S. (1973). Active coping processes, coping dispositions and recovery from surgery. **Psychosomatic Medicine, 35,** 375-389.
Costantini, A. F., Braun, J. R., Davis, J., & Iervolino, A. (1973). Personality and mood correlates of Schedule of Recent Experience scores. **Psychological Reports, 32,** 1143-1150.
Costatini, A. F., Braun, J. R., Davis, J. E., & Iervolino, A. (1974). The life change inventory: a device for quantifying psychological magnitude of changes expierenced by college students. **Psychological Reports, 34,** 991-1000.
Cook, T. C., & Campbell, D. T. (1976). The design and conduct of quasiexperiments and true experiments in field settings. In M. D. Dunnette (Hrsg.): **Handbook of industrial and organizational research.** Chicago: Wiley.
Costa, P. T., McCrae, R. R. (1980). Somatic complaints in males as a function of age and neuroticism: A longitudinal analysis. **Journal of Behavioral Medicine, 3,** 245-258.
Costa, P. T. (1985). **A change of heart about global type-A: A cynical view.** Paper presented at the annual meeting of the Eastern Psychological Association: Boston.
Cottle, T. (1968). The location of experience: a manifest time orientation. **Acta Psychologica, 28,** 129-149.
Coyne, J. C., Aldwin, C., & Lazarus, R. S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. **Journal of Abnormal Psychology, 90,** 439-447.
Cromwell, R. L., Butterfield, E. C., Brayfield, F. M., Curry, J. J. (1977). Acute myocardial infarction: reaction and recovery. St. Louis: Mosby.
Danish, S. J., Smyer, M. A., & Nowak, C. A. (1980). Developmental intervention: Enhancing life-event processes. In P. B. Baltes, & O. G. Brim, Jr. (Hrsg.): **Life-span development and behavior.** New York: Academic Press.
Dijl, H. van (1975). Myocardial infarction patients and work attitudes. An empirical study. **Journal of Psychosomatic Research, 19,** 197-202.
Dimsdale, J. E., Hackett, T. P., Block, P. C., & Hutter, A. M. (1978). Emotional correlations of the type A behavior pattern. **Psychosomatic Medicine, 40,** 580-585.
Dohrenwend, B. S., & Dohrenwned, B. P. (1974). Stressful life events. Their nature and effects. New York: Wiley, 1974.
Dohrenwend, B. P., & Dohrenwend, B. S. (1977). The conceptualization and measurement of stressful life events: an overview of the issues. In J. S. Strauss, H. M. Babigan, & M. Roff (Hrsg.). **The origin and course of psychopathology.** New York: Plenum Press.

Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (1978). Some issues in research on stressful life events. **Journal of Nervous Mental Disease, 166,** 7-15.

Dohrenwend, B. S., Askenasy, A. R., Krasnoff, L., & Dohrenwend, B. P. (1978). Exemplification of a method for scaling life events: the PERI Life Event Scale. **Journal of Health and Social Behavior, 19,** 205-229.

Dohrenwend, B. S., & Martin, J. L. (1979). Situational determination of anticipation and control of the occurrence of stressful life events. **American Journal of Community Psychology, 7,** 453-468.

Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (1981). **Stressful life events and their contexts.** New York: Prodist.

Duncan, D. F. (1977). Life stressors as a precursor to adolescent drug dependence. **International Journal of Addictions, 12,12,** 1047-1056.

Engel, G. (1971). Sudden and rapid death during psychological stress. **Annals of Internal Medicine, 74,** 771-782.

Farquhar, J. W., Maccoby, N., Wood, P. D., Alexander, J. K., Breitrose, H., Brown, B. W., Haskell, W. L., McAlister, A. L., Meyer, A, J., Nash, J. D., & Stern, M. P. (1977). Community education for cardiovascular health. **Lancet, I,** 1192-1195.

Featherman, D. L. (1980). Retrospective longitudinal research: Methodological considerations. **Economics and Business Bulletin, 32,** 152-169.

Filipp, S.-H., Braukmann, W., Ahammer, I., Angleitner, A., & Olbrich, E. (1980). **Zur Struktur des "Life History Cubus." Forschungsberichte aus dem E.P.E.-Projekt Nr. 1.** Trier.

Filipp, S.-H. (1981) (Hrsg.) , **Kritische Lebensereignisse und ihre Bewältigung.** München: Urban & Schwarzenberg.

Floderus, B. (1974). **Psycho-social factors in relation to coronary heart disease and associated risk factors.** Stockholm.

Fontana, A. F., Marcus, J. L., Noel, B., & Rakusin, J. M. (1972). Prehospitalization coping styles of psychiatric patients: the goal directedness of life events. **Journal of Nervous Mental Disease, 155,** 311-321.

Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1974). **Type-A behavior and your heart.** New York: Knopf.

Garrity, T. F., McGill, A., Becker, M., Blanchard, E., Crews, J., Cullen, J., Hackett, T. P., Taylor, J., & Valins, S. (1976). Report on the task group on cardiac rehabilitation. In S. M. Weiss (Ed.), **Proceedings on the National Heart and Lung Institute Working Conference on Health Behavior.** DHEW Publication No. 76-868.

Garrity, T. F., Marx, M. B., & Somes, G. W. (1977). Langner's 22-item measure of psychophysiological strain as an intervening variable between life change and health outcome. **Journal of Psychosomatic Research, 21,** 195-199.

Garrity, T. F., Marx, M. B., & Somes, G. W. (1978). The relationship of recent life changes to seriousness of later illness. **Journal of Psychosomatic Research,** 22, 7-12.

George, L. K. (1982). Models of transition in middle and later life. **Annals of the American Academy of Political and Social Science, 464,** 22-31.

Gentry, W. D. (1978). Behavior modification of coronary-prone behavior pattern. In T. M. Dembroski, S. M. Weiss, J. L. Shields, S. G. Haynes, & M. Feinleib (Hrsg.), **Coronary-prone behavior**. New York: Springer.

Gersten, J. C., & Langner, T. S., Eisenberg, J. G., & Simcha-Fagan, O. (1977). An evaluation of the etiologic role of stressful life-change events in psychological disorders. **Journal of Health and Social behavior, 18**, 228-244.

Glass, D. C. (1977). **Behavior patterns, stress, and coronary disease**. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Glass, D. C., & Carver, C. S. (1980). Helplessness and the coronary-prone personality. In J. Garber & M. Seligman (1980), **Human helplessness**. New York: Academic Press.

Gräser, H., Esser, H., & Saile, H. (1981) Einschätzung von Lebensereignissen und ihren Auswirkungen. In S.-H. Filipp (Hrsg.), **Kritische Lebensereignisse und ihre Bewältigung** Müncchen: Urban & Schwarzenberg.

Grant, I., Kyle, G. C., Teichman, A., & Mendels, J. (1979). Recent events and diabetes in adults. **Psychosomatic Medicine**, 36, 121-128.

Greer, S., & Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer: A controlled study. **Journal of Psychosomatic Research, 19**, 147-153.

Grissom, J. J., Weiner, B. J., & Weiner, E. A. (1975). Psychological correlates of cancer. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43**, 113.

Gunderson, E. K. E., & Rahe, R. M. (1974). Life stress and illness. Springfield, 1974.

Gutmann, D. L. (1970). Female ego styles and generational conflict. In J. M. Bardwich, E. Douvan, M. S. Horner, & D. L. Gutmann (Hrsg.), **Feminine personality and conflict** (S. 77-96). Belmont: Brooks-Cole.

Gutmann, D. (1975). Parenthood: a key to the comparative study of life cycle. In N. Datan, & L. H. Ginsburg (Hrsg.), **Life-span developmental psychology: normative life crises** (167-184). New York: Academic Press.

Haan, N. (1977) **Coping and defending. Processes of self-environment organization**. New York: Academic Press.

Hackett, T. P., & Cassem, N. H. (1973) Psychological adaption to convalescence in myocardial patients. In J. P. Naughton, H. K. Hellerstein, & I, Mohler (Hrsg), **Exercise testing and exercise training in coronary heart disease**. New York: Academic Press.

Hagestad, G. O., Smyer, M. A., & Stierman, K. L. (1983). Parent-child relations in adulthood. The impact of divorce in middle age. In R. Cohen, S. Weissman, & B. Cohler (Hrsg.), **Parenthood: Psychodynamic perspectives**. New York: Guilford Press.

Harkins, E. B. (1978). Effects of empty nest transition on self-report of psychological and physical well-being. **Journal of Marriage and the Family, 40**, 549-556.

Havighurst, R. (1972) **Developmental task and education**. New York: Davis McKray.

Henley, B., & Davis, M. S. (1967). Satisfaction and dissatisfaction: A study of the chronically ill aged patients. **Journal of Health and Social Behavior**, 8, 65-75.

Hibler, R. J. (1975). **Life events and coping ability: a problem solving approach.** Dissertational Abstracts International, 36 (8-E), 4158.

Hill, R. (1949). **Families under stress.** New York: Harper & Row.

Hinkle, L. E. (1974). The effects of exposure to culture change, social change and changes in interpersonal relationships on health. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Hrsg.), **Stressful life events. Their nature and effects.** (S. 9-45). New York: Wiley.

Hirsch, M. A. (1979). **Die Auseinandersetzung mit Schul- und Studienanforderungen.** Philophische Dissertation. Universität Bonn.

Hoffman, H., & Noem, A. A. (1975). Social background variables, referral sources and life events of male and female alcoholics. **Psychological Reports, 37,** 1087-1092.

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. **Journal of Psychosomatic Research,** 1967, **11,** 213-218.

Holmes, T. H., & Masuda, M. (1974). Life change and illness susceptibility. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Hrsg.), **Stressful life events. Their nature and effects** (S. 45-72). New York: Wiley.

Hong, K. E. M., & Holmes, T. H. (1973). Transient diabetes mellitus associated with culture change. **Archives of General Psychiatry, 29,** 683-687.

Horowitz, M. J., & Wilner, N. (1980). Life events, stress, and coping. In L. Poon (Hrsg.), **Aging in the 1980s: Selected contemporary issues in the psychology of aging** (S. 363-374). Washington, D. C.: American Psychological Association.

Howard, J. H., Cunningham, D. A., Rechnitzer, P. A. (1976). Health patterns associated with type-A behavior: a managerial population. **Journal of Human Stress, 2,** 24-32.

Houston, R. K. (1971). Trait and situational denial and performance under stress. **Journal of Personality and Social Psychology, 18,** 289-293.

Hudgens, R. W. (1974) Personal catastrophe and depression: a consideration of the subject with respect to medically ill adolescents, and a requiem for retrospective life event studies. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Hrsg.), **Stressful life events. Their nature and effects** (S. 119-134). New York: Wiley.

Hultsch, D. F., & Cornelius, S. W. (1981). Kritische Lebensereignisse und lebenslange Entwicklung:methodische Aspekte. In S.-H. Filipp (Hrsg.), **Kritische Lebensereignisse und ihre Bewältigung** (S. 72-90). München: Urban & Schwarzenberg.

Hultsch, D. F., & Plemons, J. K. (1979), Life events and life-span development. In P. B. Baltes (Hrsg.), **Life-span development and behavior,** Vol 2 (S. 1-38). New York: Academic Press.

Ibrahim, M. A., Feldman, J. G., Sultz, H. A., Steinman, M. G., Young, L. J., & Dean, D. (1974). Management after myocardial infarction. A controlled trial of the effects of group psychotherapy. **International Journal of Psychiatric Medicine,** 5, 253.

Ilfeld, F. W. (1980a). Coping styles among Chicago adults: description. **Journal of Human Stress, 6,** 2-10.

Ilfeld, F. W. (1980b) Coping styles of Chicago adults: effectiveness. **Archives of General Psychiatry, 37**, 1239-1243.
Jacobs, S., & Myers, J. (1976). Recent life events and acute schizophrenic psychosis: A controlled study. **Journal of Nervous and Mental Disease, 162**, 75-87.
Jacobson, E. (1970) **Modern treatment of tense patients.** Springfield: Thomas.
Janis, I. (1969). **Personality dynamics, development, and assessment.** New York: Harcourt, Brace, & World.
Janis, I., & Mann, L. (1977). **Decision making: a psychological analysis of conflict, choice, and commitment.** New York: Free Press.
Jenkins, C. D. (1971). Psychologic and social precursors of coronary disease. **New England Journal of Medicine, 284**, 244-255 and 307-317.
Jenkins, C. D. (1976). Recent evidence supporting psychological and social risk factors for coronary disease. **New England Journal of Medicine, 294**, 987-994, 1022-1038.
Jöreskog, K. G. (1977). Analyzing psychological data by structural analysis of covariance matrices. In D. H. Krantz, R. C. Atkinson, & A. S. Goldberger (Hrsg.), **Latent variables in socioeconomic models.** Amsterdam: North Holland Publishers.
Jourard, S. M. (1964). **The transparent self. Self-disclosure and wellbeing.** Princeton, N. J.: Van Nostrand.
Johnson, J., & Sarason, I. (1978). Life stress, dpression, and anxiety. **Journal of Psychosomatic Research, 22**, 205-208.
Kasl, S. V., Gore, S., & Cobb, S. (1975). The experience of losing a job: Reported changes in health, symptoms, and illness behavior. **Psychosomatic Medicine, 37**, 106-122.
Katschnig, H. (1980) (Hrsg.). Sozialer Streß and psychische Erkrankung. Mönchen: Urban & Schwarzenberg.
Keith, R. A., Lown, B., & Stare, F. J. (1965). Coronary heart disease and behavior patterns. **Psychosomatic Medicine, 27**, 424-434.
Kellam, S. G., & Schiff, S. (1967). Adaption and mental illness in the first grade classroom of an urban community. **Psychiatric Research Reports, 21**, 79-91.
Kellam, S. G., Branch, J. D., Agrawal, K. C., Ensminger, M. E. (1975). **Mental health and going to school.** Chicago: University of Chicago Press.
Koskenvuo, M., Kaprio, J., Kesaniemi, A., & Sarna, S. (1980). Differences in mortality from ischemic heart disease by marital status and social class. **Journal of Chronic Disease, 33**, 95-106.
Krantz, D. S. (1980). Cognitive processes and recovery from heart attack: a review and theoretical analysis. **Journal of Human Stress, 6**, 27-37.
Krantz, D. S., & Schulz, R. (1980). A model of life crisis, control, and health outcomes: Cardiac rehabilitation and relocation of the elderly. In A. Baum, & J. E. Singer (Eds.), **Advances in Environmental Psychology**, Vol. 2 (pp. 23-57). Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum.
Langner, T. S. (1962). A twenty-two item screening score of pychiatric symptoms indicating impairment. **Journal of Health and Human Behavior, 3**, 1662, 269-276.

Langner, T. S., & Michael, S. T. (1963). **Life stress and mental health**, New York: McGraw-Hill.

Lantermann, E. D. (1980). **Interaktionen, Person, Situation und Handlung**. München: Urban & Schwarzenberg.

Lazarus, R. S. (1966). **Psychological stress and the coping process**. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S. (1978). A strategy for research on psychological and social factors in hypertension. **Journal of Human Stress**, 4, 35-40.

Lazarus, R. S. Streß and Streßbewältigung. Ein Paradigma (1981) In S.-H. Filipp (Hrsg.), **Kritische Lebensereignisse und ihre Bewältigung**. München: Urban & Schwarzenberg.

Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). Streß-related transactions between person and environment. In L. A. Pervin, & M. Lewis (Hrsg.), **Perspectives in interactional psychology** (S. 287-327). New York: Plenum Press.

Lazarus, R. S., & DeLongis (1983). Psychological stress and coping in aging. **American Psychologist**, 38, 245-254.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal, and coping**, New York: Springer.

Lehr, U. (1969). **Die Frau im Beruf**. Frankfurt: Akademischer Verlag.

Lehr, U. (1980). Alterszustand und Alternsprozesse - biographische Determinanten. **Zeitschrift für Gerontologie**, 13, 442-457.

Lehr, U. M. (1982). Depression und "Lebensqualität im Alter - Korrelate negativer und positiver Gestimmtheit. **Zeitschrift für Gerontologie**, 15, 241-249.

Lehr, U., Schmitz-Scherzer, R., & Thomae, H. (1972). Psychologischer Status, subjektiver Gesundheitszustand und internistischer Befund. **Ärztliche Praxis**, 90, 4393-4401.

Lehr, U., & Thomae, H. (1980). Psychologische Grundlagen der Rehabilitation Herz-Kreislaufkranker. **Angiocardiology**, 2, 293-319.

Lenfant, C., & Schweizer, M. (1985). Contributions of health-related biobehavioral research to the prevention of cardiovascular diseases. **American Psychologist**, 40, 217-220.

Lessing, E. (1979). **Familiengründung als "developmental task."** Unveräffentlichte philosophische Dissertation: Universität Bonn.

Liesse, M., Van Imschoot, K., Lauwers, P. & Mertens, C. (1976). Characteristiques Psychologiques et Reactions Physiologique au Stress de Sujets Normaux et Coronariens - III: Incidence de Certaines Caracteristiques Physiologiques au Stress. **Journal of Psychosomatic Research**, 20, 77-83.

Lin, N., Simeone, R. S., Ensel, W. M., & Kuo, W. (1979). Social support stressful life events, and illness: a model and an empirical test. **Journal of Health and Social Behavior**, 20, 108-119.

Link, B. (1978). On the etiological role of stressful life-change events (comment on Gersten et al., Sept. 1977). **Journal of Health and Social Behavior**, 19, 343-345.

Lopata, H. Z. (1975). Widowhood: societal factors in life-span disruptions and alternatives. In N. Datan, & L. H. Ginsberg (Hrsg.), **Life-span developmental psychology: normative life crises** (S. 217-234). New York: Academic Press.

Lundberg, U., & Theorell, T. (1975). Life changes and M. I.: Individual differences in life change scaling. **Journal of Psychosomatic Research, 19**, 27-32.

Lynch, S. (1968). **The intense human experience: Its relationship to openness and self-concept.** Unveröffentlichte Dissertation: Universität Florida.

Mahoney, M.. J. (1977). **Kognitive Verhaltenstherapie.** München: Urban und Schwarzenberg.

Manuso, J. S. J. (1977). Coping with job abolishment. **Journal of Occupational Medicine, 19**, 598-602.

Martin, P. (1982). **Der Herzinfarkt als kritisches Lebensereignis.** Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Bonn.

Martin, P., & Diehl, M. (1983). Die Einweisung in ein "Mental Health Institute" als kritisches Lebensereignis - Aspekte der Kognitiven Repräsentanz. **Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 32**, 26-33.

Maslow, A. H. (1971). **The farther reaches of human nature.** New York: Viking.

Matthews, K. A. (1977). Assessment and developmental antecedents of pattern A behavior in children. In T. Dembroski (Hrsg.), **Proceedings of the forum on coronary-prone behavior.** Washington, D. C.: Department of HEW Publication No. (NIH) 78-1451.

Matthews, K. A., & Glass, D. C. (1981). Events and coronary heart disease. In B. S. Dohrenwend & B. P. Dohrenwend (Hrsg). **Stressful life events and their contexts** (S. 167-185). New York: Wiley.

Mayou, R., Foster, A., & Williamson, B. (1978). Psychological adjustment in patients one year after myocardial infarction. **Journal of Psychosomatic Research, 22**, 447-453.

McClelland, D. C. (1976). Sources of stress and the drive for power. In G. Serban (Hrsg.), **Psychopathology of human adaptation** (S. 247-270). New York: Plenum Press.

McCrae, R. R. (1982). Age differences in the use of coping mechanisms. **Journal of Gerontology, 37**, 454-460.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1984). **Emerging lives, enduring dispositions.** Boston: Little, Brown, & Company.

McCubbin, H. I., Joy, C. B., Cauble, A. E., Comeau, J. K., Patterson, J. M., & Needle, R. H. (1980). Family stress and coping: a decade review. **Journal of Marriage and the Family, 46**, 855-871.

Medalie, J. H., Snyder, M., & Groen, J. J. (1973). Angina pectories among 10 000 men; five year incidence and multivariate analysis. **American Journal of Medicine, 55**, 583-594.

Moersch, E., Kerz-Rühling, I, Drews, S, Nern, R. D., Kennel, K., Kelleter, R., Rodrigues, C., Fischer, R., & Goldschmidt, O. (1980). Zur Psychopathologie von Herzinfarkt-Patienten. **Psyche, 34**, 493-587.

Monaghan, J. H., Robinson, J. O., Dodge, J. A. (1979). The children's life events inventory. **Journal of Psychosomatic Research, 23**, 63-68.

Mudrich, B. (1978). **Der Wegzug des letzten Kindes aus dem Elternhaus im Erleben der Mutter.** Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Bonn.

Mone, L. (1970). Short-term group psychotherapy in post-cardiac patients. **International Journal of Group Psychotherapy, 20,** 99-108.

Naditch, M. P. (1975). Ego functioning and acute adverse reactives to psychoactive drugs. **Journal of Personality, 43,** 305-320.

Osler, W. (1910). The Lumlein lectures on angina pectoris. **Lancet, 1,** 839-844.

Oppeland-Hampel, G. (1978) **Die erste Schwangerschaft im Erleben junger Frauen.** Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Bonn.

Ostfeld, A. M., Lebovitz, B. Z., Shekelle, R. B., & Paul, V. (1964). A prospective study of the relationship between personality and coronary heart disease. **Journal of Chronic Diseases, 17,** 265-276.

Paykel, E. S., Myers, J. K., Dienelt, M. N., KLerman, G. L., Lindenthal, J. J., & Pepper, M. P. (1969). Life events and depression: A controlled study. **Archives of General Psychiatry, 21,** 753-760.

Paykel, E. S., Prusnoff, B. A., & Klerman, G. L. (1971). The endogeneous-neurotic continuum in depression: Later independence and factor distributions. **Journal of Psychiatric Research, 8,** 73-90.

Paykel, E. S. (1976). Life stress, depresssion and attempted suicide. **Journal of Human Stress, 2,** 3-12.

Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. **Journal of Health and Social Behavior, 19 ,** 2-21.

Petermann, F. Identifikation und Effektanalyse von kritischen Lebensereignissen. (1981). In S.-H. Filipp (Hrsg.), **Kritische Lebensereignisse** (pp. 54-71). München: Urban & Schwarzenberg.

Peel, A. A. F., Semple, J., Wany, L., Lancaster, W. H., & Dall, J. L. C. (1962). A coronary prognostic index for grading the severity of infarction. **British Heart Journal, 24,** 745-756.

Rahe, R. H. (1974). The pathway between subjects' recent life changes and their near future illness reports: Representative results and methodological issues. In: B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Hrsg.), **Stressful life events. Their nature and effects** (S. 73-86). New York: Wiley.

Rahe, R. H., & Romo, M. (1974). Recent life changes and the onset of myocardial infarction and coronary death in Helsinki. In E. K. E. Gunderson, & R. H. Rahe (Hrsg.), **Life stress and illness** (S. 105-120). Springfield: Thomas.

Rahe, R. H., & Arthur, R. J. (1978). Life change and illness studies: past history and future. **Journal of Human Stress, 4,** 3-15.

Redfield, J., & Stone, A. (1979). Individual viewpoints of stressful life events. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47,** 147-154.

Reese, H. W., & Smyer, M. A. (1983). The dimensionalization of life events. In Callahan & McCluskey (Hrsg.) **Life-span developmental psychology: Nonnormative life events** (S. 1-33). New York: Academic Press.

Romo, M., Siltanen, P., & Theorell, T. (1974). Work behavior, time urgency and life dissatisfaction in subjects with myocardial infarction: A cross-cultural study. **Journal of Psychosomatic Research, 18**, 1-8.

Rose, G., & Marmot, M. (1981). Social class and coronary heart disease. **British Heart Journal, 45**, 13-19.

Rosenman, R. H., Friedman, M., Straus, R., Jenkins, C. D., Zyzanski, & Wurm, M. (1964). A predictive study of coronary heart disease: The Western Collaborative Group Study. **Journal of the American Medical Association, 189**, 15-22.

Rosenman, R. H., Brand, R. J., Jenkins, C. D., Friedman, M., Straus, R., & Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final experience of 8 1/2 years. **Journal of American Medical Association, 233**, 872-877.

Roskies, E., Kearney, H., Spevak, M., Surkis, A., Cohen, C., & Gilman, S. (1979). Generalizability and durability of treatment effects in an intervention program for coronary-prone (type A) reponses. **Journal of Behavioral Medicine, 2**, 195-207.

Ryff, C. D. (1984). Personality development from the inside: the subjective experience of change in adulthood and aging. In P. B. Baltes, & O. G. Brim, Jr. (Hrsg.), **Life-span development and behavior**, Vol. 6, (S. 244-279). New York: Academic Press.

Sarason, J. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: development of the life experience survey. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46**, 932-946.

Schonecke, O. W., Schuffel, H., Schafer, N., & Winter, K. (1977). Assessment of hostility in patients with functional cardiac complaints. **Psychotherapy and Psychosomatics, 20**, 272-281.

Schroeder, D. H., & Costa, P. T., Jr. (1984). Influence of life event stress on physical illness: Substantive effects or methodological flaws? **Journal of Personality and Social Psychology, 46**, 853-863.

Segers, M. J., Nertens, C., & Vestersager, M. (1973). Autoevaluation of anxiety, depression, and coronary predisposition. **Psychology and Bioclinical Correlations, 17**, 197-206.

Selye, H. (1956). The stress of life. New York: McGraw-Hill.

Shekelle, R. B., Ostfeld, A. M., & Paul, O. (1969). Social status and incidence of coronary disease. **Journal of Chronic Diseases, 22**, 381-394.

Sheldon, A., & Hooper, D. (1969). An enquiry into health and ill-health and adjustment in early marriage. **Psychosomatic Research, 13**, 95-101.

Siegrist. J. (1980). Die Bedeutung von Lebensereignissen für die Entstehung von psychischen Erkrankungen. **Nervenarzt, 51**, 313-320.

Siegrist, J., Dittman, K., Rittner, K., & Weber, I. (1981). Psychosocial risk constellations and first myocardial infarction. In J. Siegirst, & M. J. Halhuber (Hrsg.), **Sociological and psychophysiological aspects of myocardial infarction** (S. 41-57). Berlin: Springer.

Siegrist, J., Dittmann, K., Rittner, K., & Weber, I. (1982). The social context of active distress in patients with early myocardial infarction. **Social Science and Medicine, 16,** 443-453.

Siltanen, P. (1975). Psychological characteristics related to coronary heart disease. **Journal of Psychosomatic Research, 19,** 183-195.

Silver, R. L., & Wortman, C. B. (1980). Coping with undesirable life events. In J. Garber, & M. E. P. Seligman (Hrsg.), **Human Helplessness** (pp 279-340). New York: Academic Press.

Spielberger, C. D. (1976). Stress, anxiety and cardiocascular disease. **J. S. C. Medical Association, Supplement,** 15-22.

Stern, M. J., Pascale, L., & Mcloone, J. B. (1976). Psychological adaption following an acute myocardial infarction. **Journal of Chronic Diseases, 26,** 513-526.

Stocksmeier, U. (1975). **Medizinpsychologische Aspekte koronarer Herzkrankheiten.** Habilitationsschrift, Universität Mainz.

Stone, A. A., & Neale, J. M. (1984) New measure of daily coping: Development and preliminary results. **Journal of Personality and Social Psychology, 46,** 892-906.

Suinn, R. M. (1975). The cardiac stress management program for type A patients. **Cardiac Rehabilitation, 5,** 13-15.

Suinn, R. M., & Bloom, L. J. (1978). Anxiety management training for pattern A behaviour. **Journal of Behavioural Medicine, 1,** 25-35.

Suls, J., Gastorf, J., & Witenberg, S. (1979). Life events, psychological distress and the type A coronary-prone behavior pattern. **Journal of Psychosomatic Research,** 23, 315-319.

Surwit, R. S., Williams, R. B., Jr., & Shapiro, D. (1982). **Behavioral approaches to cardiovascular disease.** New York: Academic Press.

Syme, S. L., Hyman, M. M., & Enterline, P. E. (1968). Some social and cultural factors associated with the occurrence of coronary heart disease. **Journal of Chronic Diseases,** 17, 277-289.

Tausch, A.-M. (1981). **Gespräche gegen die Angst.** Hamburg: Rowohlt.

Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaption. **American Psychologist,** 38, 1161-1173.

Tennant, C., & Andrews, G. (1976). A scale to measure the stress of life events. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 10,** 27-32.

Tennant, C., & Bebbington, P. (1978). The social causation of depression: a critique of the work of Brown and his colleagues. **Psychological Medicine,8,** 565-575.

Tennant, C., & Andrews, G. (1978). The cause of life events in neurosis. **Journal of Psychosomatic Research,** 22, 41-45.

Theorell, T. (1974). Life events before and after the onset of a premature myocardial infarction. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Hrsg.) **Stressful life events. Their nature and effects** (S. 101-117).New York: Wiley, 1974.

Theorell, T. (1981). Life events, job stress and coronary heart disease. In J. Siegrist & M. J. Halhuber (Hrsg.), **Myocardial infarction and psychosocial risks** (S. 1-17). Berlin: Springer.
Theorell, T., & Rahe, R. H. (1971). Psychosocial factors and myocardial infarction. An inpatient study in Sweden. **Journal of Psychosomatic Research, 15**, 25-31.
Theorell, T., & Rahe, R. H. (1972). Behavior and life satisfaction characteristic of Swedish subjects with myocardial infarction. **Journal of Chronic Diseases, 25**, 139-147.
Thiel, H. G., Parker, D., & Bruce, T. A. (1973). Stress factors and the risk of myocardial infarction. **Journal of Psychosomatic Research, 17**, 43-57.
Thomae, H. (1951). **Persönlichkeit - eine dynamische Interpretation.** Bonn: Bouvier.
Thomae, H. (1968). **Das Individuum und sein Welt.** Göttingen: Hogrefe.
Thomae, H. (1976). Patterns of aging. Findings from the Bonn Longitudinal Study of Aging. **Contributions to Human Development** (Vol.3). Basel: Karger.
Thomae, H. (1984). Reaktionen auf gesundheitliche Belastung im mittleren und höheren Erwachsenenalter. **Zeitschrift für Gerontologie, 17**, 186-197. Thurlow, H. J. (1971). Illness in relation to life situation and sick- role tendency. **Journal of Psychosomatic Research**, 1971, **15**, 73-88.
Venters, M. (1979). **Chronic childhood illness, disability, and familial coping: The case of cystic fibrosis.** Unpublished doctoral dissertation. University of Minnesota.
Vinokur, A., & Selzer, M. L. (1975). Desirable versus undesirable life events: Their relationship to stress and mental distress. **Journal of Personality and Social Psychology**, 32, 329-337.
Von Dusch, T. (1868). **Lehrbuch der Herzkrankheiten.** Leipzig: Engelmann.
Wardwell, W. I., & Bahnson, C. B. (1973). Behavioral variables and myocardial infarction in the Southeastern Connecticut Heart Study. **Journal of Chronic Diseases, 26**, 447-461.
Yarrow, M., Campbell, J., & Burton, J. (1970). Recollections of childhood: A study of the retrospective method. **Monographs of the Society for Research in Child Development, 35**, 5.
Zohman. B. L. (1973). Emotional factors in coronar disease. **Geriatrics, 28**, 110-119.
Zubin, J., & Sring, B. (1977). Vulnerability, a new view of schizophrenia. **Journal of Abnormal Psychology, 186**, 103-126.
Zyzanski, S. J. (1978). Coronary-prone behavior and coronary heart disease: Epidemiological observations. In T. M. Dembroski, S. M. Weiss, J. L. Shields, S. G. Haynes, & M. Feinleib (Hrsg.), **Coronary-prone behavior** (S. 25-40). New York: Springer.

Auf der nächsten Seite werden Sie einige Lebensereignisse benannt finden, die bei vielen Menschen zu unterschiedlichen Zeiten auftreten. Bitte kreuzen Sie diejenigen Lebensereignisse an, die Sie innerhalb eines Jahres vor Ihrer Krankheit selbst erfahren haben.

Außerdem bitten wir Sie, jedes der von Ihnen im Jahr vor der Krankheit erlebten Lebensereignisse entweder als positiv erlebt (+) oder negativ erlebt (-) einzustufen.

Schließlich interessiert uns noch, wie wichtig diese Lebensereignisse für Sie waren. Wenn Sie glauben, ein Ereignis war besonders wichtig, dann geben Sie dem Lebensereignis eine 4, wenn Ihnen ein Ereignis nicht ganz so wesentlich erschien, beurteilen Sie es mit 2 oder 3, und wenn das Lebensereignis keine besondere Wichtigkeit hatte, geben Sie bitte eine 1.

Hier nun ein Beispiel:

Lebensereignis	Trifft zu	pos./neg erlebt	Ausprägung
Hatte Ärger mit dem Chef.....	x	-	3
Haben ein Kind adoptiert.....	x	+	4

Wenn Sie diese Beispiele so angekreuzt hätten, dann hieße das, Sie hatten im Jahr vor Ihrer Erkrankung Ärger mit dem Chef (x), den Sie negativ erlebten (-) und ziemlich wichtig einschätzen (3).

Außerdem besagt daß Beispiel, daß Sie ein Kind adoptiert hätten, was Sie positiv erlebten und besonders wichtig einschätzen.

Bitte sehen Sie jetzt die Lebensereignisliste durch. Wir versichern Ihnen noch einmal, daß alle Angaben vertraulich behandelt werden.

Name:.....

Alter:.....

Geschlecht:.....

Lebensereignisse	Trifft zu ein Jahr v.K	pos./neg. erlebt	Ausprägung (1-4)
Schule/Weiterbildung			
1. Habe nach langer Zeit wieder mit einer Schulausbildung/ Weiterbildung begonnen.....			
2. Habe den Ausbildungsplatz gewechselt.....			
3. Habe einen Ausbildungsabschluß erreicht.....			
4. Hatte Probleme in der Schule oder bei der Weiterbildung			
5. Habe eine Weiterbildung abgebrochen.....			
6. Habe keinen Schul-oder Weiterbildungsabschluß erreicht.			
Arbeit			
7. Habe meine erste Arbeit angenommen.....			
8. Habe nach langer Zeit wieder angefangen zu arbeiten....			
9. Habe eine bessere Arbeit bekommen.....			
10. Habe eine schlechtere Arbeit bekommen.....			
11. Habe eine andere Arbeit bekommen, die weder besser noch schlechter als die vorherige war.....			
12. Hatte Ärger mit dem Chef.....			
13. Bin zurückgesetzt worden.....			
14. Fand heraus, daß ich nicht befördert werden sollte.....			
15. Arbeitsbedingungen wurden schlechter (keine Zurücksetzung oder Ärger mit dem Chef).....			
16. Bin befördert worden.....			
17. Hatte besonderen Erfolg bei der Arbeit.....			
18. Arbeitsbedingungen wurden besser, ohne daß ich befördert wurde oder besonderen Erfolg hatte.....			
19. Mußte zeitweilig kurzarbeiten.....			
20. Wurde entlassen.....			
21. Habe mich selbstständig gemacht.....			
22. Habe meinen Betrieb ausgeweitet.....			
23. Habe sehr viel mehr Arbeit auf mich genommen.....			
24. Erlitt erhebliche Geschäftsverluste oder Fehlschläge...			
25. Habe mein Arbeitspensum stark reduziert.....			
26. Bin pensioniert worden.....			
27. Habe zwischenzeitlich aufgehört zu arbeiten (keine Pensionierung).....			

Lebensereignisse	Trifft zu ein Jahr v	pos./neg. erlebt	Ausprägun (1-4)
Ehe und Partnerschaft			
28. Habe mich verlobt			
29. Habe mich entlobt			
30. Habe geheiratet			
31. Habe mich verliebt			
32. Beziehungen zum Ehepartner wurden schlechter, jedoch keine Trennung oder Scheidung			
33. Trennung vom Ehepartner			
34. Scheidung			
35. Beziehung zum Ehepartner wurde besser			
36. Wiederzusammenleben mit dem Ehepartner nach Trennung			
37. Eheliche Untreue			
38. Ärger mit den Schwiegereltern			
39. Ehepartner ist verstorben			
Kinder			
40. Bin schwanger geworden			
41. Geburt des ersten Kindes			
42. Geburt eines weiteren Kindes			
43. Abtreibung (der Frau)			
44. Fehlgeburt oder Totgeburt			
45. Habe herausgefunden, daß ich/mein Partner keine Kinder bekommen kann			
46. Kind ist gestorben			
47. Haben ein Kind adoptiert			
48. Die Wechseljahre haben begonnen			
Familie			
49. Eine Person mehr im Haushalt			
50. Eine Person weniger im Haushalt			
51. Eine Person verblieb im Haus, obwohl man erwartete, daß sie das Haus verließ			
52. Ernste Familienauseinandersetzung (nicht mit Ehepartner)			
53. Änderung darin, wie oft die Familie zusammenkommt			
54. Familienmitglied starb (nicht Ehepartner oder Kind)			

Lebensereignisse	Trifft zu ein Jahr v.	pos./neg. erlebt	Ausprägun.
Wohnung			
55. Sind in eine bessere Umgebung/Nachbarschaft gezogen...			
56. Sind in eine schlechtere Umgebung Nachbarschaft gezogen			
57. Sind in eine Umgebung/Nachbarschaft gezogen, die weder besser noch schlechter war.....			
58. Konnten wider Erwarten nicht umziehen.....			
59. Haben ein Haus gebaut.....			
60. Haben unsere Wohung/Haus umgebaut.....			
61. Unsere Wohnung wurde durch Feuer, Hochwasser oder sonstiges stark beschädigt.....			
Strafrechtliche Angelegenheiten			
62. Bin überfallen worden.....			
63. Bin beraubt worden.....			
64. Hatte einen Unfall, ohne verletzt zu werden.....			
65. War in einen Rechtsstreit verwickelt.....			
66. Bin wegen einer Sache angeklagt worden, für die man ins Gefängnis kommen kann.....			
67. Habe Führerschein verloren.....			
68. Bin verhaftet worden.....			
69. Mußte ins Gefängnis.....			
70. Mußte mir mein Recht erstreiten.....			
71. Wurde eines Verbrechens verurteilt.....			
72. Wurde von der Anklage freigesprochen.....			
73. Wurde aus dem Gefängnis entlassen.....			
74. Bin wider Erwarten nicht aus dem Gefängnis entlassen worden.....			
Finanzielle Angelegenheiten			
75. Habe eine Hypothek aufgenommen.....			
76. Habe ein neues Auto, Möbel oder andere größere Anschaffungen auf Raten gekauft.....			
77. Schwierigkeiten mit einer Hypothek- oder Kreditzahlung			
78. Rückgabe eines neuen Autos, Möbel oder anderer Anschaffungen, die durch Raten bezahlt werden sollten...			
79. Gehaltskürzung ohne berufliche Zurücksetzung.....			

Lebensereignisse	Trifft zu ein Jahr v.	pos./neg. erlebt	Ausprägun (1-4)
80. Finanzieller- oder Eigentumsverlust, ohne Beziehung zur Arbeit.....			
81. Beziehe Sozialhilfe.....			
82. Beziehe keine Sozialhilfe mehr.....			
83. Bekam eine wesentliche Gehaltserhöhung, ohne befördert worden zu sein.....			
84. Bekam nicht eine erwartete Gehaltserhöhung.....			
85. Finanzielle Verbesserung ohne Bezug zur Arbeit.....			
Soziale Aktivität			
86. Erhöhte Aktivität in Kirche, Verein, Nachbarschaft oder anderer Organisation.....			
87. Urlaub.....			
88. Konnte einen geplanten Urlaub nicht antreten.....			
89. Habe ein neues Hobby (sport, Handwerk, Freizeit).....			
90. Habe ein Hobby, Sport, Handwerk, Freizeitaktivität vernachlässigt.....			
91. Habe ein Haustier angeschafft.....			
92. Haustier starb.....			
93. Schloß neue Freundschaft(en).....			
94. Freundschaft(en) ging(en) zu Ende.....			
95. Guter Freund starb.....			
Verschiedenes			
96. Bin der Bundeswehr beigetreten.....			
97. Habe die Bundeswehr verlassen.....			
98. War auf Reisen (kein Urlaub).....			
Gesundheit			
99. Gesundheit hat sich verbessert.....			
100. Körperliche Krankheit.....			
101. Verletzung.....			
102. Konnte eine Krankheit nicht fachgerecht behandeln lassen.....			

Life Events Questionnaire

On the following pages you will find a list of events which occur to different people at different times. Please mark all those life events which you experienced within the last year.

Please rate these events as either positive (+) or negative (-). Finally, please indicate how important this event was for you. If you think a certain life event was very important, please rate it with a 4, if it was important or somewhat important, rate it with a 2 or 3, and if it had only little importance, please rate it with 1.

Here is an example:

LIFE EVENTS	Did the event occur in the last year? If yes, place an x in the space.	Was the event positive (+) or negative (-)? Place a + or - in the space.	How important was the event? 4=very important, 3=important, 2=somewhat important, 1=not at all important. Place the number in the space
Had trouble with a boss	x	-	3
Adopted a child	x	+	4

If you have marked the examples in the way shown above, it would have meant that within the last year, you had trouble with your boss (x) which you experienced negatively (-) and which you thought to be rather important (3). The second example shows that you would have adopted a child which you thought to be positive (+) and very important (4).

Please turn the page and rate the events which have happened to you within the last year.

LIFE EVENTS	Did the event occur in the last year? If yes, place an x in the space.	Was the event positive (+) or negative (-)? Place a + or - in the space.	How important was the event? 4=very important, 3=important, 2=somewhat important, 1=not at all important. Place the number in the space.
School			
1. Started school or a training program after not going to school for a long time.			
2. Changed schools or training programs.			
3. Graduated from school or training program.			
4. Had problems in school or in training program.			
5. Failed school, training program.			
6. Did not graduate from school or training program.			
Work			
7. Started work for the first time.			
8. Returned to work after not working for a long time.			
9. Changed jobs for a better one.			
10. Changed jobs for a worse one.			
11. Changed jobs for one that was no better and no worse than the last one.			
12. Had trouble with a boss.			
13. Demoted at work.			

LIFE EVENTS	Did the event occur in the last year? If yes, place an x in the space.	Was the event positive (+) or negative (-)? Place a + or - in the space.	How important was the event? 4=very important, 3=important, 2=somewhat important, 1=not at all important. Place the number in the space.
Work Continued			
14. Found out that was not going to be promoted at work.			
15. Conditions at work got worse, other than demotion or trouble with the boss.			
16. Promoted.			
17. Had significant success at work.			
18. Conditions at work improved, not counting promotion or other personal successes.			
19. Laid off.			
20. Fired.			
21. Started a business or profession.			
22. Expanded business or professional practice.			
23. Took on a greatly increased work load.			
24. Suffered a business loss or failure.			
25. Sharply reduced work load.			
26. Retired.			
27. Stopped working, not retirement, for an extended period.			

LIFE EVENTS	Did the event occur in the last year? If yes, place an x in the space.	Was the event positive (+) or negative (-)? Place a + or - in the space.	How important was the event? 4=very important, 3=important, 2=somewhat important, 1=not at all important. Place the number in the space.
Love and Marriage			
28. Became engaged.			
29. Engagement was broken.			
30. Married.			
31. Started a love affair.			
32. Relations with spouse changed for the worse, without separation or divorce.			
33. Married couple separated.			
34. Divorce.			
35. Relations with spouse changed for the better.			
36. Married couple got together again after separation.			
37. Marital infidelity.			
38. Trouble with in-laws.			
39. Spouse died.			
Having Children			
40. Became pregnant.			
41. Birth of a first child.			

LIFE EVENTS	Did the event occur in the last year? If yes, place an x in the space.	Was the event positive (+) or negative (-)? Place a + or - in the space.	How important was the event? 4=very important, 3=important, 2=somewhat important, 1=not at all important. Place the number in the space.
Having Children Continued			
42. Birth of a second or later child.			
43. Abortion.			
44. Miscarriage or stillbirth.			
45. Found out that cannot have children.			
46. Child died.			
47. Adopted a child.			
48. Started menopause.			
Family			
49. New person moved into the household.			
50. Person moved out of the household.			
51. Someone stayed on in the household after he/she was expected to leave.			
52. Serious family argument other than with spouse.			
53. A change in the frequency of family get-togethers.			
54. Family member other than spouse or child dies.			

LIFE EVENTS	Did the event occur in the last year? If yes, place an x in the space.	Was the event positive (+) or negative (-)? Place a + or - in the space.	How important was the event? 4=very important, 3=important, 2=somewhat important, 1=not at all important. Place the number in the space.
Residence			
55. Moved to a better residence or neighborhood.			
56. Moved to a worse residence or neighborhood.			
57. Moved to a residence or neighborhood no better or no worse than the last one.			
58. Unable to move after expecting to be able to move.			
59. Built a home or had one built.			
60. Remodeled a home.			
61. Lost a home through fire, flood, or other disaster.			
Crime and Legal Matters			
62. Assaulted.			
63. Robbed.			
64. Accident in which there were no injuries.			
65. Involved in a law suit.			
66. Accused of something for which a person could be sent to jail.			
67. Lost drivers license.			

LIFE EVENTS	Did the event occur in the last year? If yes, place an x in the space.	Was the event positive (+) or negative (-)? Place a + or - in the space.	How important was the event? 4=very important, 3=important, 2=somewhat important, 1=not at all important. Place the number in the space.
Crime and Legal Matters Continued			
68. Arrested.			
69. Went to jail.			
70. Got involved in a court case.			
71. Convicted of a crime.			
72. Acquitted of a crime.			
73. Released from jail.			
74. Didn't get out of jail when expected.			
Finances			
75. Took out a mortgage.			
76. Started buying a car, furniture, or other large purchase on the installment plan.			
77. Foreclosure of a mortgage or loan.			
78. Repossession of a car, furniture, or other items bought on the installment plan.			
79. Took a cut in wage or salary without a demotion.			
80. Suffered a financial loss or loss of property not related to work.			

LIFE EVENTS	Did the event occur in the last year? If yes, place an x in the space.	Was the event positive (+) or negative (-)? Place a + or - in the space.	How important was the event? 4=very important, 3=important, 2=somewhat important, 1=not at all important. Place the number in the space.
Finances Continued			
81. Went on welfare.			
82. Went off welfare.			
83. Got a substantial increase in wage or salary without a promotion.			
84. Did not get an expected wage or salary increase.			
85. Had financial improvement not related to work.			
Social Activities			
86. Increased church or synagogue, club, neighborhood, or other organizational activities.			
87. Took a vacation.			
88. Was not able to take a planned vacation.			
89. Took a new hobby, sport, craft, or recreational activity.			
90. Dropped a hobby, sport, craft, or recreational activity.			
91. Acquired a pet.			
92. Pet died.			

LIFE EVENTS	Did the event occur in the last year? If yes, place an x in the space.	Was the event positive (+) or negative (-)? Place a + or - in the space.	How important was the event? 4=very important, 3=important, 2=somewhat important, 1=not at all important. Place the number in the space.
Social Activities Continued			
93. Made new friends.			
94. Broke up with a friend.			
95. Close friend died.			
Miscellaneous			
96. Entered the Armed Services.			
97. Left the Armed Services.			
98. Took a trip other than a vacation.			
Health			
99. Physical health improved.			
100. Physical illness.			
101. Injury.			
102. Unable to get treatment for an illness or injury.			

Anhang 2

Explorationsleitfaden

I. Allgemeines

1. Vorstellung, Hinweis auf Verschwiegenheit.

2. Verwendung der Daten.

II. Lebensereignis Herzinfarkt

1. Wie ist es zu dem Herzinfarkt gekommen?

2. Was haben Sie als erstes gedacht, als Sie hörten, daß es ein Herzinfarkt war? Woran denkt man in diesem Moment?

III. Kognitive Repräsentanz

1. Der Herzinfarkt - was verändert er im Leben; verändert sich haupt etwas in Ihrem Leben?

2. Glauben Sie, Ihr Lebensraum ist jetzt eingeengt, oder würden Sie das nicht sagen?

2a Manche Leute sagen mir auch, bei allen Schwierigkeiten, die Herzinfarkt mit sich bringt... da gab es auch etwas Positives, eine Erweiterung in meinem Leben. Teilen Sie diese Meinung, oder würden Sie das nicht behaupten?

3. Nun haben wir ja eine ganze Menge Theorien, wie so ein Herzinfarkt zustande kommt; mich würde jetzt aber einmal interessieren, wie Sie das für sich sehen: wie hat es bei Ihnen dazu kommen können?

4. Der Herzinfarkt bringt ja irgendwie eine neue Situation mit sich. Kann man da selber etwas dran machen, oder ist man der vielleicht auch ein wenig ausgeliefert?

5. Zu irgendeiner Zeit vor dem Herzinfarkt, haben Sie da schon einmal daran gedacht, daß Ihnen so etwas passieren könnte?

6. Und der Herzinfarkt, kam er dann sehr überraschend und plötzlich, oder dachten Sie vielleicht, das ist ja doch irgendwie klar, daß mir das passieren mußte.

7. Welche persönliche Bedeutung hat der Herzinfarkt für Sie? Hat er überhaupt eine Bedeutung?

8. Sie haben mir jetzt erzählt, wie Sie das alles erlebt haben. Mich würde jetzt aber auch noch interessieren, wie Ihre Familie, Ihre Bekannten, Ihre Arbeitskollegen es aufgenommen haben.

III. Zukunftsvorstellungen und Daseinstechniken

1. Wenn Sie so an die Zukunft denken...

2. Haben Sie irgendeinen Wunsch für sich selber?

3. Wenn Sie aus der Klinik nach Hause kommen, was machen Sie dann?

   -Wie geht es weiter im beruflichen Bereich?
   -Wie geht es weiter in der Familie?

4. Gibt es irgendeine Hilfe, die Sie von Ihrer Umgebung erwarten oder erhoffen?

5. Welche eigenen Bedürfnisse glauben Sie nun zurückstellen zu müssen? Wie berührt Sie das?

6. Manche Leute sagen mir: "Wenn ich dann erst aus der Klinik komme, dann möchte ich mich erst einmal zurückziehen," während andere wiederum sagen, es sei besser, sofort in den alten Rhythmus hereinzukommen. Wie sehen Sie das?

7. Vielleicht können Sie am Ende noch einem zusammenfassen: Der Herzinfarkt, ist es ein Problem, ist es für Sie eigentlich kein so großes Problem?

Code No. _____

Anhang 3

Effects of the Heart Attack

A heart attack affects people in different ways. Some people say it changed their life dramatically, others say it didn't really change much in their lives at all. We would like to know how much this event influenced your life. Please answer the following questions by placing a check by the number of your choice for each pair of adjectives describing the effect of this event.

For example:

Some people say their heart attack changed their life in a positive way, while others think its impact was more negative. How negatively or positively do you perceive the impact of your heart attack on your life?

(1)_____	(2)_____	(3)_____	(4)_____	(5)_____
negative impact				positive impact

Where:
(1) is very closely related to negative
(2) is quite closely related to negative
(3) is equally related to negative or positive or completely irrelevant in your case
(4) is quite closely related to positive
(5) is very closely related to positive

Please turn now to the next page and answer the following questions.

1. Some people say their heart attack changed their life in a positive way, while others think its impact was more negative. How negatively or positively do you perceive the impact of your heart attack on your life?

(1)_____	(2)_____	(3)_____	(4)_____	(5)_____
negative impact				positive impact

2. Do you think your life has been confined or expanded after the heart attack?

(1)_____	(2)_____	(3)_____	(4)_____	(5)_____
confined				expanded

3. Do you think the onset of your heart attack was determined by yourself, your own behavior, etc.; or do you think it was determined by reasons that you were not able to control (biological reasons, mistakes made by physicians, etc.)?

(1)_____	(2)_____	(3)_____	(4)_____	(5)_____
determined by other reasons				determined by yourself

4. Do you think your situation after the heart attack can be changed or do you feel "sort of stuck" with the situation?

(1)_____	(2)_____	(3)_____	(4)_____	(5)_____
situation not changeable				situation changeable

5. Did you at any time before your heart attack anticipate that something like this could happen to you?

(1)_____	(2)_____	(3)_____	(4)_____	(5)_____
did not anticipate it				anticipated it

6. Regardless of whether you anticipated the heart attack or not, were you surprised by it or did you feel you were somehow "prepared?"

(1)_____	(2)_____	(3)_____	(4)_____	(5)_____
surprised				prepared

7. Do you think the heart attack was "just an accident" without much meaning, or does the event have some greater meaning for you?

(1)_____	(2)_____	(3)_____	(4)_____	(5)_____
just an accident				greater meaning

8. How difficult was it on your family when they learned about your heart attack? Did they take it rather calmly or were they emotionally upset?

(1)_____	(2)_____	(3)_____	(4)_____	(5)_____
took it very calmly				were very much emotionally upset

9. Some people say the heart attack was very harmful; others don't feel hurt at all. How do you see it?

(1)_____	(2)_____	(3)_____	(4)_____	(5)_____
not hurt at all				very harmful

10. Some people say the heart attack was a challenge for them; others don't perceive it as a challenge, but rather as a burden. How do you see it?

(1)_____	(2)_____	(3)_____	(4)_____	(5)_____
more like a burden				more like a challenge

11. Some people feel that their heart attack makes them rather anxious, in a way threatened; others don't feel threated at all. How do you feel?

(1)_____	(2)_____	(3)_____	(4)_____	(5)_____
not at all threatened				very threatened

Code No. _____

Anhang 4

Coping Questionnaire

The purpose of this questionnaire is to find out how people deal with the occurrence of critical life events. Please take a few moments and think about your situation after the heart attack.

The following list contains examples of different ways in which people cope after experiencing a critical event. How do you deal or intend to deal with the occurrence of your heart attack?

Please indicate to what degree the following statements reflect your way of dealing with the new situation after the heart attack. If you think a certain item applies very strongly to your situation or feelings, please mark number 5. Mark number 4 if you think an item applies pretty accurately to your situation. Number 3 would indicate that you sometimes think, feel, or act in the described way, while 2 would mean that you use such a way of dealing with a situation to a small extent. Finally, if you think an item in no way applies to your situation, mark 1.

Here is an example:

	1	2	3	4	5
Made a plan of action and followed it.				x	
Tried to become socially more active.	x				

If you marked the examples in the way shown above, it would mean that you dealt with the situation after the heart attack by making a plan of action; you would not, however, have tried to become socially more active than before the event.

Please turn the page and look through the list of coping-styles. Mark the appropriate number as it applies to you.

	In no way applies	Applies to small extent	Applies some-times	Applies pretty accu-rately	Applies very strongly
	1	2	3	4	5
1. Compared yourself with other people and thought, at least you were not on the bottom rung.					
2. You didn't see any way out.					
3. Laughed about the whole thing.					
4. Kept your feelings to yourself.					
5. Found new faith.					
6. Accepted it as a part of your development.					
7. You went over the problem again and again in your mind to try to understand it.					
8. Did something which you thought would not work, but at least you were doing something.					
9. Looked for the "silver lining," so to speak; tried to look on the bright side of things.					
10. Found out more about the problem.					
11. Felt that other people were responsible for causing the problem.					
12. Thought sometimes you just have bad luck.					
13. Wished that you could change what had happened.					
14. Concentrated on something good that could come out of the whole thing.					
15. Made a plan of action and followed it.					
16. Tried to analyze your situation.					

	In no way applies	Applies to small extent	Applies some-times	Applies pretty accu-rately	Applies very strongl
	1	2	3	4	5
17. Refused to believe that it had happened.	_____	_____	_____	_____	_____
18. Did something to deal better with the situation.	_____	_____	_____	_____	_____
19. Accepted your strong feelings, but didn't let them interfere with other things too much.	_____	_____	_____	_____	_____
20. Blamed yourself for what had happened.	_____	_____	_____	_____	_____
21. Blamed other people for what had happened.	_____	_____	_____	_____	_____
22. Remembered that some people have bigger problems.	_____	_____	_____	_____	_____
23. Daydreamed or imagined a better time or place than the one you were in.	_____	_____	_____	_____	_____
24. Handled situations more maturely.	_____	_____	_____	_____	_____
25. Let your feelings out somehow.	_____	_____	_____	_____	_____
26. Changed or grew as a person.	_____	_____	_____	_____	_____
27. Went on as if nothing had happened.	_____	_____	_____	_____	_____
28. Went to more parties to be more among people.	_____	_____	_____	_____	_____
29. Talked to someone to find out more about the problem.	_____	_____	_____	_____	_____
30. Slept more than usual.	_____	_____	_____	_____	_____
31. Contacted a source of information.	_____	_____	_____	_____	_____
32. Wished you were a stronger person--more optimistic and forceful.	_____	_____	_____	_____	_____
33. Changed something so things would turn out all right for you.	_____	_____	_____	_____	_____

	In no way applies	Applies to small extent	Applies some-times	Applies pretty accu-rately	Applies very strongly
	1	2	3	4	5
34. Got away from it for a while; tried to rest or take a vacation.	_____	_____	_____	_____	_____
35. Stood your ground and fought for what you wanted.	_____	_____	_____	_____	_____
36. Got mad at people or things that caused the problem.	_____	_____	_____	_____	_____
37. Realized that this was your fate.	_____	_____	_____	_____	_____
38. Made fun of your situation.	_____	_____	_____	_____	_____
39. Hoped to become a different person as a result of this.	_____	_____	_____	_____	_____
40. You knew what had to be done, so you doubled your efforts and tried harder to make things work.	_____	_____	_____	_____	_____
41. Resigned yourself to the situation.	_____	_____	_____	_____	_____
42. Became more interested in religious aspects of life.	_____	_____	_____	_____	_____
43. Kept a stiff upper lip.	_____	_____	_____	_____	_____
44. Tried to see the favorable part of the situation.	_____	_____	_____	_____	_____
45. Realized you brought the problem on yourself.	_____	_____	_____	_____	_____
46. Felt guilty about the situation.	_____	_____	_____	_____	_____
47. Came up with a couple of different solutions to the problem.	_____	_____	_____	_____	_____
48. Your future seemed totally black.	_____	_____	_____	_____	_____
49. You knew people who were worse off.	_____	_____	_____	_____	_____
50. You relied on what other people recommended to you.	_____	_____	_____	_____	_____
51. Reduced your work load.	_____	_____	_____	_____	_____

	In no way applies	Applies to small extent	Applies some-times	Applies pretty accu-rately	Applies very strongl
	1	2	3	4	5
52. Cut down on your obligations.					
53. Made a promise to yourself that things would be different next time.					
54. Reduced how much you expected of yourself.					
55. You felt that time would make a difference, the only thing to do was to wait.					
56. Joked about it.					
57. Took advice from somebody.					
58. Decided to pursue something you wanted to do.					
59. Suffered from headaches.					
60. Got professional help and did what they recommended.					
61. Criticized or lectured yourself.					
62. Tried not to act too hastily or followed your first hunch.					
63. Tried to become more socially active.					
64. Tried to forget the whole thing.					
65. Accepted it, since nothing could be done.					
66. Wished that you could change the way you felt.					
67. Tried to withdraw from the world as much as possible.					
68. Fought on with the situation.					
69. Hoped something would happen to change the situation.					

	In no way applies	Applies to small extent	Applies some-times	Applies pretty accu-rately	Applies very strongly
	1	2	3	4	5
0. Waited to see what would happen.	_____	_____	_____	_____	_____
1. Invited more friends or neighbors over than you used to.	_____	_____	_____	_____	_____
2. Accepted the next best thing to what you wanted.	_____	_____	_____	_____	_____
3. Maintained your pride.	_____	_____	_____	_____	_____
4. Tried to make yourself feel better by eating or drinking.	_____	_____	_____	_____	_____
5. Found some important truth about life.	_____	_____	_____	_____	_____

6. Did something different from any of the above:

_____

_____

_____

Coping Classification

1. Rational action (objective achievement; active coping)

   -Made a plan of action and followed it
   -Came up with a couple of different solutions to the problem
   -Did something to deal better with the solution

2. Enhancement of activities (here: escape into activities without a fixed plan)

   -Accepted the next best thing to what you wanted
   -You knew what had to be done, so you doubled your efforts and tried harder to make things work
   -Did something which you thought wouldn°t work, but at least you were doing something

3. Fulfillment of own needs

   -Stood your ground and fought for what you wanted
   -Decided to pursue something you wanted to do
   -Changed something so things would turn out all right for you

4. Self reflection

   -You went over the problem again and again in your mind to try to understand it
   -Tried to analyze the situation
   -Criticized or lectured yourself

5. Relying on others (actively or passively)

   -You relied on what other people recommended to you
   -Talked to someone about the problem
   -Got professional help and did what they recommended

6. Engaging in social contacts

   -Tried to become more socially active
   -Went to more parties to be more among people
   -Invited more friends or neighbors than you used to

7. Correction of expectations (quantitative and qualitative)

-Reduced of how much you expected of yourself
-Reduced your work load
-Cut down on your obligations

8. Denial and avoidance

-Tried to forget the whole thing
-Refused to believe that it had happened
-Went on as if nothing had happened

9. Accepting the situation

-Accepted it, since nothing could be done
-Realized that this was your fate
-Made yourself agree to the situation

10. Positive evaluation

-Concentrated on something good that could come out of the whole thing
-Looked for the "silver lining," so to speak; tried to look on the bright side of things
-Tried to see the favourite part of the situation

11. Adjusting to circumstances (Taking one step at a time)

-You felt that time would make a difference, the only thing to do was to wait
-Waited to see what would happen
-Tried not to act too hastily or follow your first hunch

12. Hope of change

-Hoped something would happen to change the situation
-Made a promise to yourself that things would be different next time
-Hoped to become a different person as a result of this

13. Depression, hopelessness

-You didn't see any way out
-Sometimes you just have bad luck
-Your future seemed totally black

14. Identification with others

-Some people have bigger problems

-At least you are not on the bottom rung
-You know people who are worse off

15. Evasive reaction(withdrawel)

-Got away from it for a while; tried to rest or take a vacation
-Daydreamed or imagined a better time or place than the one you were in
-Tried to withdraw from the world as much as possible

16. Devaluing others (assessing blame, also hostile reactions)

-Got mad at people or things that caused the problem
-An incomptent person was involved
-Blamed other people for what had happened

17. Psychophysical reaction

-Slept more than usual
-Tried to make yourself feel better by eating or drinking
-Suffered from a headache

18. Information Seeking

-Talked to someone to fine out more about the situation
-Contacted a source of information
-Found out more about the problem

19. Wishful thinking

-Wished you were a stronger person - more optimistic and forceful
-Whished that you could change what had happened
-Wished that you could change the way you felt

20. Growth

-Changed or grew as a person
-Handled situations more maturally
-Accepted it as part of your development

21. Expression of feelings

-Kept your feelings to yourself
-Let your feelings out somehow

-Accepted your strong feelings, but didn't let them interfere with other things too much

22. Perseverence

-Maintained your pride
-Kept a stiff upper lip
-Fought on with the situation

23. Humor

-Joked about it
-Made fun of your situation
-Laughed about the whole thing

24. Faith

-Found new faith
-Became more interested in religious aspects of life
-Found some important truth about life

25. Guilt

-Realized you brought the problem on yourself
-Felt guilt about the situation
-Blamed yourself for what had happened

26. Rest

-Did something different from any of the above:

Code No._____

Life Graph

Every life has high and low points. Some events are pleasing and some make one unhappy. Imagine that your life is drawn by a line which might go both up and down. Assuming that you will at least reach the age of 80, what will your life graph look like? Please draw such a graph on the next page.

Please start the graph at your birth and mention the important events in your life, for example, your marriage. Please remember to make your graph go on farther than your current age and mark all the events which you expect to occur in the future.

80 Years
Birth
Birth

Daten zum Lebenslauf

14. 10. 1955	Geboren in Bochum
	Eltern: Wolfgang Karl Martin
	Antonie Elisabeth Martin,
	geborene Volkmann
	Konfession: Evangelisch
	Staatsangehörigkeit: Deutsch
12. 6. 1974	Abitur in Bochum
1974-1976	Wehrdienst
WS 1976	Studium an der Universität Bochum,
	Studienfach: Sozialwissenschaft
SS 1977	Studium an der Universität Göttingen,
	Studienfach: Sozialwissenschaft
WS 1977 - SS 1978	Studium an der Universität Bonn,
	Studienfach: Psychologie
WS 1978 - SS 1979	Studium am Wartburg College,
	Waverly, Iowa (USA),
	Studienfach: Psychologie
20. 5. 1979	Bachelor of Arts (Psychologie)
WS 1979 - SS 1982	Studium an der Universität Bonn,
	Studienfach: Psychologie
24. 5. 1982	Diplom (Psychologie)
WS 1982 - SS 1985	Studium an der Pennsylvania State
	University, University Park (USA),
	Studienfach: Human Development and
	Family Studies